

University of Groningen

Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg

Metselaar, Janneke

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2011

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: processen en uitkomsten*. [, Rijksuniversiteit Groningen]. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

VRAAGGERICHTE EN GEZINSGERICHTE JEUGDZORG: PROCESSEN EN UITKOMSTEN
EVALUATIE VAN HET PROGRAMMA GEZIN CENTRAAL

Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: processen en uitkomsten. Evaluatie van het programma Gezin Centraal.

Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen
Met samenvatting in het Engels

ISBN 978-90-367-4984-8

ISBN 978-90-367-4983-1 (digitale versie)

Omslag: Pieterbas Smallegange
Opmaak: Zink Typografie (www.zinktypografie.nl)
Druk: Wöhrmann Print Service

© 2011 J. Metselaar



Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt
door Cardea Jeugdzorg te Leiden.

RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: processen en uitkomsten

Evaluatie van het programma Gezin Centraal

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de
Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
aan de Rijksuniversiteit Groningen
op gezag van de
Rector Magnificus, dr. E. Sterken,
in het openbaar te verdedigen op
donderdag 13 oktober 2011
om 14:30 uur

door

Janneke Metselaar

geboren op 13 februari 1974
te Gouda

Promotores: Prof. dr. E.J. Knorth
Prof. dr. T.A. van Yperen

Copromotor: Dr. P.M. van den Bergh

Beoordelingscommissie: Prof. dr. H.W.E. Grietens
Prof. dr. J.W. Veerman
Prof. dr. F. Verheij

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Relevantie praktijkgestuurd onderzoek	2
1.3	Gezin Centraal	5
1.4	Programma-evaluatie Gezin Centraal	5
1.5	Leeswijzer	6
2	Vraaggericht werken: Theoretische verkenning	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Vraaggericht werken	10
2.3	Werkzaamheid kernelementen van vraaggericht werken	21
2.4	Conclusie	30
3	Opzet VraaG-onderzoek	33
3.1	Introductie	33
3.2	Gezin Centraal	34
3.3	Onderzoek naar Gezin Centraal	39
3.4	Methode van dataverzameling	40
3.5	Respondenten	43
3.6	Instrumentarium	47
3.7	Data-analyse	52
4	Doelgroep	57
4.1	Inleiding	57

4.2	Kenmerken cliënten	58
4.3	Aanvangssituatie	60
4.4	Conclusie doelgroep	72
5	Proces	77
5.1	Inleiding	77
5.2	Doelen	78
5.3	Kenmerken ontvangen hulpverlening	83
5.4	Kenmerken, inhoud en verloop ambulante hulp aan het gezin	91
5.5	Kenmerken, inhoud en verloop daghulp	100
5.6	Vraaggericht werken	106
5.7	Conclusie proces	113
6	Uitkomsten	117
6.1	Inleiding	117
6.2	Pilotstudie	119
6.3	Conclusie uitkomsten	129
7	Conclusies en aanbevelingen	131
7.1	Inleiding	131
7.2	Beantwoording onderzoeksvragen	132
7.3	Reflecties op het onderzoek	144
7.4	Aanbevelingen	148
7.5	Tot besluit	153
	Literatuur	155
	Samenvatting	169
	Summary	177
	Dankwoord	185
	Publicaties	191
	Curriculum Vitae	197
	B1 Empirische bewijskracht kernelementen vraaggericht werken	199
	B2 Toelichting instrumentarium	213

B3 Aanvullende tabellen bij hoofdstuk 4 229

B4 Aanvullende tabellen en figuren bij hoofdstuk 5 233

**B5 Situatie bij afronding van de hulpverlening en verandering in functioneren
van het kind en opvoedingsstress bij ouders (pilotstudie n = 15) 259**

Lijst van figuren

1.1	De realistische evaluatiecyclus (Kazi, 2003; Pawson & Tilly, 1997)	4
1.2	Opbouw hoofdstukken in relatie tot de effectladder	7
2.1	Participatieladder, aangepast door Thoburn e.a. (1995)	12
2.2	Elementen van vraaggericht werken	20
2.3	Niveaus gezinsgerichtheid en participatie	21
3.1	Opbouw programma Gezin Centraal	38
3.2	Instroom in de hulpverlening, respons en inclusie VraaG-onderzoek	46
5.1	Te verwachten curves in de weergave van het gemiddeld toepassen van verrichtingen tegen de tijd afgezet	97
5.2	Doelen stellen afgezet tegen de tijd	99
B5.1	Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken hulpvraag van het gezin (verrichting B1) per maand van trajecten tot en met 12 maanden	242
B5.2	Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken hulpvraag van het gezin (verrichting B1) per maand van trajecten langer dan 12 maanden	242
B5.3	Errorbar gemiddeld aantal keren doelen stellen met cliënt(en) (verrichting B11) per maand van trajecten tot en met 12 maanden	243
B5.4	Errorbar gemiddeld aantal keren doelen stellen met cliënt(en) (verrichting B11) per maand van trajecten langer dan 12 maanden	243
B5.5	Errorbar gemiddeld aantal keren evalueren en/of aanpassen doelen en hulpproces met cliënt(en) (verrichting B12) per maand van trajecten t/m 12 maanden	244
B5.6	Errorbar gemiddeld aantal keren evalueren en/of aanpassen doelen en hulpproces met cliënt(en) (verrichting B12) per maand van trajecten langer dan 12 maanden	244

- B5.7 Errorbar gemiddeld aantal keren werkpunten stellen met cliënt(en) (verrichting C1) per maand van trajecten tot en met 12 maanden 245
- B5.8 Errorbar gemiddeld aantal keren werkpunten stellen met cliënt(en) (verrichting C1) per maand van trajecten langer dan 12 maanden 245
- B5.9 Errorbar gemiddeld aantal keren evalueren en/of aanpassen van werkpunten (verrichting C2) per maand van trajecten tot en met 12 maanden 246
- B5.10 Errorbar gemiddeld aantal keren evalueren en/of aanpassen van werkpunten (verrichting C2) per maand van trajecten langer dan 12 maanden 246
- B5.11 Errorbar gemiddeld aantal keren onderhouden van een werkrelatie (A verrichtingen) per maand van trajecten tot en met 12 maanden 247
- B5.12 Errorbar gemiddeld aantal keren onderhouden van een werkrelatie (A verrichtingen) per maand van trajecten langer dan 12 maanden 247
- B5.13 Errorbar gemiddeld aantal keren complimenterende feedback (C3) per maand van trajecten tot en met 12 maanden 248
- B5.14 Errorbar gemiddeld aantal keren complimenterende feedback (C3) per maand van trajecten langer dan 12 maanden 248
- B5.15 Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B2) per maand van trajecten tot en met 12 maanden 249
- B5.16 Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B2) per maand van trajecten langer dan 12 maanden 249
- B5.17 Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken krachten in en om het gezin (B3) per maand van trajecten tot en met 12 maanden 250
- B5.18 Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken krachten in en om het gezin (B3) per maand van trajecten langer dan 12 maanden 250
- B5.19 Errorbar gemiddeld aantal keren doelen stellen (B4) per week (daghulp) 253
- B5.20 Errorbar gemiddeld aantal keren doelen evalueren en/of aanpassen (B5) per week (daghulp) 253
- B5.21 Errorbar gemiddeld aantal keren werkpunten stellen (C1) per week (daghulp) 254
- B5.22 Errorbar gemiddeld aantal keren werkpunten evalueren en/of aanpassen (C2) per week (daghulp) 254
- B5.23 Errorbar gemiddeld aantal keren klimaat (A verrichtingen) per week (daghulp) 255
- B5.24 Errorbar gemiddeld aantal keren complimenterende feedback (C3) per week (daghulp) 255
- B5.25 Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken dagelijkse routine (C6) per week (daghulp) 256

Lijst van tabellen

3.1	Schematische weergave instrumentarium VraaG-onderzoek	48
3.2	Interpretatiekader voor de deviatiescores voor problemen	54
3.3	Grenzen onzekerheidsmarges RCI scores	55
4.1	Demografische kenmerken	59
4.2	Gemiddeld aantal hulpvragen en gemiddeld percentage hulpvragen per hulpvraaggebied	60
4.3	Gemiddeld aantal voorkomende probleemgebieden (STEP) bij aanvang van de hulpverlening	61
4.4	Type problematiek (STEP) bij aanvang van de hulpverlening	61
4.5	Ernst problematiek (STEP) bij aanvang van de hulpverlening	62
4.6	Gemiddeld aantal ingrijpende stressvolle gebeurtenissen (VMG)	63
4.7	Functioneren van het kind (CBCL)	64
4.8	Deviatiescores functioneren van het kind (CBCL) bij aanvang van de hulpverlening	64
4.9	Sterke kanten en moeilijkheden (SDQ-j)	66
4.10	Deviatiescores sterke kanten en moeilijkheden (SDQ-j) bij aanvang van de hulpverlening	66
4.11	Opvoedingsstress (NOSI-2003)	67
4.12	Deviatiescores opvoedingsstress (NOSI-2003) bij aanvang van de hulpverlening	67
4.13	Combinatie functioneren kind en opvoedingsstress bij aanvang van de hulpverlening	68
4.14	Omgaan met opvoedingsproblemen (UCL)	70
4.15	Deviatiescores omgaan met opvoedingsproblemen (UCL) bij aanvang van de hulpverlening	71

4.16	Gezinsfunctioneren op basis van normscores (VGF) bij aanvang van de hulpverlening	71
4.17	Motivatatie voor gezinsbegeleiding naar de mening van de cliënt (VEH)	72
4.18	Motivatatie voor gezinsbegeleiding naar de mening van de gezinsbegeleider (VEH)	72
5.1	Gemiddeld aantal doelen en gemiddeld percentage einddoelen per doelgebied	79
5.2	Gemiddeld verschil tussen aanvang en afronding in totaal aantal einddoelen en percentages einddoelen per doelgebied	81
5.3	Gemiddeld aantal modules per onderzoeksgroep	84
5.4	Gebruik van hulpverlening	84
5.5	Combinaties hulpverlening in aantallen en percentages	85
5.6	Duur ambulante hulp aan het gezin per combinatie hulpverlening in weken	86
5.7	Duur daghulp, ambulante hulp individueel en in groepsverband aan het kind in weken	86
5.8	Frequentie overdracht van gezinsbegeleiding	87
5.9	Betrokkenen en locatie gezinshulpverlening	88
5.10	Betrokkenen daghulp en huisbezoek coach	89
5.11	Afstemming gezinsbegeleiding en daghulp	90
5.12	Kenmerken ambulante hulp aan het gezin	92
5.13	Inhoud ambulante hulp aan het gezin	95
5.14	Kenmerken daghulp	101
5.15	Inhoud daghulp	103
5.16	Vraaggericht werken ambulante hulp aan het gezin (mening cliënt)	107
5.17	Vraaggericht werken daghulp (mening cliënt)	108
5.18	Vraaggericht werken ambulante hulp aan het gezin (mening gezinsbegeleider)	109
5.19	Vraaggericht werken daghulp (mening coach)	111
6.1	Pilotstudie VraaG-onderzoek	124
7.1	Vergelijkbaarheid doelgroep	133
7.2	Overzicht verschillen onderzoeksgroepen in proceskenmerken en uitkomsten	136
7.3	Kwaliteit en beperkingen in opzet en uitvoering van het VraaG-onderzoek	146
B1.1	Subschalen vraaggericht werken en voorbeelditems.	215
B4.1	Vershil tussen onderzoeksgroepen in gemiddeld aantal hulpvragen en gemiddeld percentage hulpvragen per doelgebied bij afronding van de hulpverlening	230
B4.2	Vershil tussen onderzoeksgroepen in voorkomende problematiek bij aanvang van de hulpverlening (STEP)	230

- B4.3 Verschil tussen onderzoeksgroepen in ernst problematiek bij aanvang van de hulpverlening (STEP) 231
- B4.4 Verschil tussen onderzoeksgroepen in aantal ingrijpende stressvolle gebeurtenissen (VMG) 231
- B4.5 Verschil tussen onderzoeksgroepen in functioneren jeugdige (CBCL) 231
- B4.6 Verschil tussen onderzoeksgroepen in sterke kanten en moeilijkheden (SDQ-j) 231
- B4.7 Verschil tussen onderzoeksgroepen in opvoedingsstress (NOSI-2003) 231
- B4.8 Verschil tussen onderzoeksgroepen in omgaan met opvoedingsproblemen (UCL) 232
- B4.9 Motivatie (VEH) 232
- B5.1 Verschil tussen onderzoeksgroepen in gemiddeld aantal doelen en gemiddeld percentage einddoelen per doelgebied bij afronding van de hulpverlening 234
- B5.2 Gemiddeld aantal doelen en gemiddeld percentage einddoelen per doelgebied bij aanvang van de hulpverlening 235
- B5.3 Verschil tussen onderzoeksgroepen in gemiddeld aantal doelen en gemiddeld percentage einddoelen per doelgebied bij aanvang van de hulpverlening 236
- B5.4 Verschil tussen onderzoeksgroepen in gemiddeld verschil tussen aanvang en afronding in totaal aantal einddoelen en percentages einddoelen per doelgebied 237
- B5.5 Matrix gebruikte modules 238
- B5.6 Combinaties van zorg 239
- B5.7 Verschil in kenmerken gezinsbegeleiding 240
- B5.8 Uitkomsten van de analyse van verschil tussen de drie onderzoeksgroepen in inhoud gezinsbegeleiding (ANOVA's) 241
- B5.9 Verschil in kenmerken daghulp 251
- B5.10 Uitkomsten van de analyse van verschil in inhoud daghulp (t-toetsen) 252
- B5.11 Verschil in gemiddelde scores vraaggericht werken ambulante hulp aan het gezin (mening cliënt) 256
- B5.12 Verschil in gemiddelde scores vraaggericht werken daghulp (mening cliënt) 257
- B5.13 Verschil in gemiddelde scores vraaggericht werken ambulante hulp aan het gezin (mening gezinsbegeleider) 257
- B5.14 Verschil in gemiddelde scores vraaggericht werken daghulp (mening coach) 258
- B6.1 Functioneren kind bij afronding op basis van deviatiescores bij afronding van de hulpverlening (CBCL) 260
- B6.2 Gemiddelde deviatiescores functioneren kind bij aanvang en afronding van de hulpverlening (CBCL) 260

B6.3	Effectsize functioneren kind (CBCL)	260
B6.4	Verandering in het functioneren kind (CBCL)	261
B6.5	Uitkomstcategorieën functioneren kind (CBCL)	262
B6.6	Opvoedingsstress op basis van deviatiescores bij afronding (NOSI)	262
B6.7	Gemiddelde deviatiescores opvoedingsstress aanvang en afronding (NOSI)	263
B6.8	Effectsize opvoedingsstress (NOSI)	263
B6.9	Verandering in opvoedingsstress (NOSI)	263
B6.10	Uitkomstcategorieën opvoedingsstress (NOSI)	264

1

Inleiding

1.1 Inleiding

In de afgelopen jaren is de aandacht voor effectieve jeugdzorg gegroeid. Het leveren van ‘evidence-based’ hulpverlening staat steeds meer voorop en de behoefte wordt gevoeld om meer kennis te vergaren over de effectiviteit van het aanbod. Cardea Jeugdzorg¹ in Leiden vormt hierop geen uitzondering. Ook bij deze instelling leeft sinds enige tijd de behoefte om meer te weten te komen over het proces en de uitkomsten van de door de professionals van de organisatie geleverde hulpverlening.

Aan het verzamelen van dit soort kennis over effectiviteit kan grosso modo langs twee wegen invulling gegeven worden: top-down of bottom-up. Top down: door middel van het implementeren van interventies in de klinische praktijk die in een wetenschappelijke context hun oorsprong vinden. Het onderzoek naar deze interventies richt zich vervolgens overwegend op een brede implementatie van de interventies in de praktijk. Bottom-up: door het onderzoeken van interventies die reeds worden uitgevoerd en die hun oorsprong vinden in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg. Onderzoek naar effectiviteit van deze interventies wordt aangeduid met de term praktijkgestuurd onderzoek (Veerman & Van Yperen, 2008). Het doel van praktijkgestuurd onderzoek is niet zozeer om het effect van een interventie te isoleren en te generaliseren, maar om variaties in de geboden zorg en de implementatie ervan te toetsen (Barkham & Mellor-Clark, 2003). De eerste variant genereert

¹ Cardea Jeugdzorg is een multifunctionele organisatie voor jeugdzorg in de regio Zuid-Holland Noord. De organisatie biedt ambulante hulp, daghulp en 24-uurshulp of combinaties hiervan aan kinderen en jongeren van 0–23 jaar met ontwikkelings-, gedrags- en gezinsproblemen.

evidence-based practice, de opbrengst van de tweede variant wordt aangeduid met *practice-based evidence* (Barkham & Mellor-Clark, 2003).

Een voorbeeld van een interventie die zijn oorsprong kent in de praktijk is het programma Gezin Centraal dat in de dagelijkse praktijk van Cardea Jeugdzorg is ontwikkeld. Cardea Jeugdzorg heeft er voor gekozen specifiek dit programma onderwerp van onderzoek te laten zijn. Zodoende is in 2003 het onderzoek naar het proces en uitkomsten van Gezin Centraal van start gegaan. Dit onderzoek kan worden gesitueerd binnen het raamwerk van praktijkgestuurd effectonderzoek (Veerman & Van Yperen, 2008). Roosma, Ooms en Veerman (2008) schetsen een kader voor dit type onderzoek; inbedding van het onderzoek in het hulpverlenend handelen, benutting van onderzoeksgegevens en aansluiting van het onderzoek bij de interventie staan hierin centraal.

1.2 Relevantie praktijkgestuurd onderzoek

Van praktijkgestuurd effectonderzoek is bekend dat het op verschillende niveaus van bewijskracht kan voorzien in kennis over de effectiviteit van interventies. Op de zogeheten 'effectladder' wordt die bewijskracht in oplopende zin aangeduid als descriptief, theoretisch, indicatief en causaal. De interventie die onderwerp is van het onderzoek kan in analogie hiermee als potentieel effectief, veelbelovend, doeltreffend en werkzaam geclassificeerd worden (Veerman & Van Yperen, 2008).

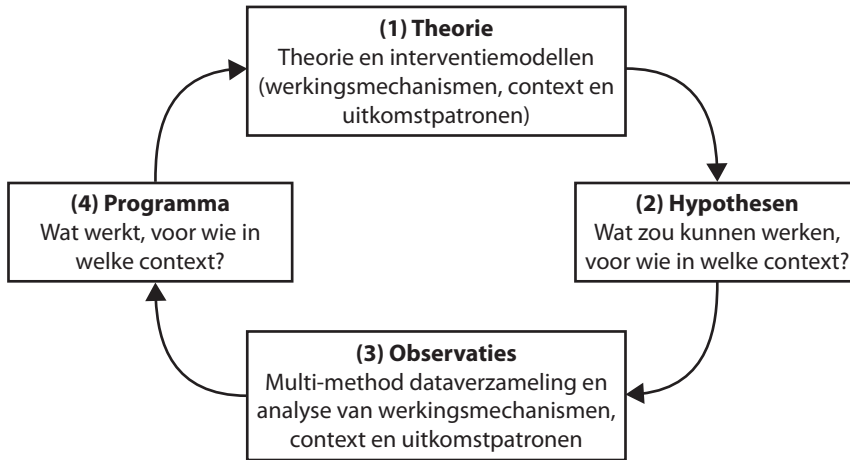
Het bewandelen van de effectladder impliceert zorgvuldig handelen in praktijkgestuurd onderzoek: Pas na het leggen van een basis in het beschrijven van de interventie (stap 1) kan de volgende stap gezet worden, namelijk het op basis van (praktijk)theorie aannemelijk maken dat de interventie zou kunnen werken (stap 2). Als deze stap gezet is, kan worden overgegaan tot het operationaliseren van de concepten die aan de theoretische onderbouwing ten grondslag liggen. Op de volgende trede van de ladder kan overgegaan worden tot het verzamelen van gegevens die de theorie mogelijk ondersteunen (stap 3) en die de bewijskracht voor de werkzaamheid van de interventie versterken (stap 4). In het zetten van de volgende stap is men telkens afhankelijk van de opbrengst van de inspanningen op het vorige niveau. Door het opbouwende karakter van het model wordt bewaakt dat er geen trede wordt overgeslagen.

Bewijskracht voor de werkzaamheid van een interventie (stap 4) is alleen van waarde als uit de eerdere stappen is gebleken dat de interventie trouw aan de beschrijving en theoretische onderbouwing is uitgevoerd. In de beschrijving van de interventie wordt een specifieke doelgroep aangeduid, of een bepaalde manier van werken. Het is dan van belang om te toetsen of deze doelgroep ook daadwerkelijk bereikt wordt en of de werkwijze uitgevoerd wordt zoals beschreven. Zichtbaar

dient te zijn waarin de interventie in de uitvoering daadwerkelijk onderscheidend is, alvorens gegevens verzameld worden die de bewijskracht voor de effectiviteit van de interventie versterken. De gegevensverzameling is er met andere woorden eerst op gericht om eerste indicaties voor de doeltreffendheid te verkrijgen, alvorens met groter en steviger onderzoek de werkzaamheid te onderzoeken. Dit is wat we in dit proefschrift dan ook zullen doen. Het onderzoek naar Gezin Centraal richt zich op de lagere niveaus van de effectladder. Onderzoek op deze niveaus van de effectladder wordt ook wel aangeduid met de term programma-evaluatie.

In de opbouw van de effectladder ligt het perspectief dat het belangrijk is om niet alleen op zoek te gaan naar kennis *dat* een interventie werkt, maar ook naar *wat* in de interventie maakt dat deze werkt. Aan het eerste wordt door Scriven (1994) gerefereerd met de term ‘black box evaluation’. Als men wil weten of een programma effect heeft, is het gelegitimeerd om door middel van ‘black box evaluation’ voorbij te gaan aan de precieze inhoud van het binnenwerk van het programma. De tegenhanger van ‘black box evaluation’ wordt door Scriven als ‘white box evaluation’ aangeduid (ook wel ‘clear box evaluation’ genoemd (Kazi, 2003)). In deze vorm van evaluatie wordt het programma zoveel mogelijk ‘ontafeld’ inclusief de wijze waarop de componenten van het programma met elkaar verbonden zijn en dat alles in relatie tot effecten. Echter, evaluatie met dit doel is uitermate lastig. Tussen deze vormen van evaluatie in onderscheidt Scriven ‘grey box evaluation’. Met dit type evaluatie kan men onderscheid maken tussen de componenten van het programma, maar worden de mogelijk werkzame principes niet volledig zichtbaar. De benadering waarmee ‘clear box evaluation’ uitgevoerd kan worden, wordt door Kazi (2003) aangeduid met de term ‘realist evaluation’, of realistische evaluatie. Het centrale doel van deze benadering is om te onderzoeken welke interventies onder welke omstandigheden werken. Het ontwikkelen en verbeteren van praktijkmodellen staan daarbij voorop. De empirische data die daartoe verzameld worden, kunnen ook als bewijskracht voor de effectiviteit dienen. In figuur 1.1 is de realistische evaluatiecyclus weergegeven.

Het vertrekpunt in deze cyclus is een theorie waarin voorstellen zijn opgenomen over hoe de werkingsmechanismen van het programma in reeds bestaande context tot bepaalde uitkomsten hebben geleid. Dit vertrekpunt is te vergelijken met de theoretische onderbouwing van het tweede niveau van de effectladder van Veerman en Van Yperen (2008). De tweede stap in de cyclus bestaat uit het formuleren van hypothesen aan de hand van een drietal vragen: Welke veranderingen of uitkomsten zullen door het programma of de interventie teweeggebracht worden, welke contextuele factoren zijn hierop van invloed en welke sociale, culturele of andere mechanismen maken de veranderingen mogelijk of werken deze tegen? Vervolgens wordt de stap gezet om geschikte methoden voor dataverzameling te kiezen en deze uit te voeren. Op basis van de uitkomsten wordt de stap gezet om van het programma te specificeren wat bij wie werkt onder welke omstandigheden en om de inhoud van



Figuur 1.1: De realistische evaluatiecyclus (Kazi, 2003; Pawson & Tilly, 1997)

het programma te verbeteren ten behoeve van de doelgroep van het programma. In de laatste stap wordt teruggekeerd tot de theorie. De theoretische basis van de interventie kan mogelijk verder ontwikkeld worden, nieuwe verklarende hypothesen kunnen worden opgesteld, methoden van dataverzameling kunnen worden herzien en toegepast en het programma kan hiermee in overeenstemming worden aangepast, en zo verder (Kazi, 2003).

Interventiemodellen in de praktijk kunnen met behulp van de realistische evaluatiecyclus verbeterd en ontwikkeld worden. De basis hiervoor vormen in de praktijk verzamelde gegevens en verschillende onderzoeksmethoden. Kazi, Pagkos en Milch (2011) benadrukken hierbij het belang van het verzamelen van data met betrekking tot (a) de omstandigheden van de cliënt (bijvoorbeeld demografische kenmerken, culturele verschillen, behoeften, omgevingsfactoren en de aard en ernst van de problematiek bij aanvang van de interventie), (b) de dosering, duur en frequentie van de interventie in relatie tot elke cliënt en (c) de veranderingen in uitkomsten door middel van herhaalde toepassing van betrouwbare uitkomstmaten bij elke cliënt. Met behulp van een ‘mixed-method’ benadering is het vervolgens mogelijk om patronen in cliëntspecifieke factoren, interventievariabelen en uitkomsten te onderzoeken (Kazi e.a., 2011).

Het is van belang om de verkregen inzichten op elke trede van de effectladder van waarde te laten zijn. Interventies en programma’s hebben er baat bij om hoger op te klimmen op de ladder (Veerman & Van Yperen, 2008). Daarnaast is het belangrijk om meer inzicht te verwerven in de samenhang tussen werkingsmechanismen,

context en uitkomstpatronen en de programmatheorie te ontrafelen, de black box komend van 'zwart', grijzer te maken (Scriven, 1994). Tot slot pleiten Kazi e.a. (2011) ervoor dat men zich concentreert op wat werkt voor wie in welke context. Het gaat er daarbij om dat in de natuurlijke, praktische omstandigheden van het programma, de interventiegegevens (demografische gegevens, interventievariabelen en uitkomsten) verzameld en benut worden voor de verdere ontwikkeling van het programma. Daarbij mag niet uit het oog worden verloren dat de kenmerken van de cliënt en het proces van de interventie overeenstemmen met de beoogde doelgroep en met het beoogde proces van de interventie waar theoretische onderbouwing voor bestaat.

We ontleen hieraan de relevantie om in de praktijk van Cardea Jeugdzorg het programma Gezin Centraal nader onder de loep te nemen. In dit proefschrift zal getoetst worden of de beoogde doelgroep daadwerkelijk bereikt wordt en of de werkwijze Gezin Centraal uitgevoerd wordt zoals beschreven en zich onderscheidt van gebruikelijke hulpverlening. De gegevensverzameling is er voorts op gericht om eerste indicaties voor de doeltreffendheid van het programma te verkrijgen.

1.3 Gezin Centraal

Het praktijkgestuurde onderzoek waar in onderhavige studie verslag van gedaan wordt, behelst de programma-evaluatie van het programma Gezin Centraal. Sinds 2001 wordt het programma Gezin Centraal bij Cardea Jeugdzorg uitgevoerd (Bolt, 2003; Knorth, Bolt, Van Bemmelen, Tacq, & Verkerk, 2003). Het programma richt zich op kinderen (6–14 jaar) met ernstige psychosociale problemen en hun gezinnen en is opgebouwd uit intensieve gezinsbegeleiding, daghulp (op een campus) en residentiële hulp (in het logeerhuis).

De twee pijlers waar Gezin Centraal op rust zijn het vraaggericht werken en de gezinsgerichte benadering. Theorieën en toepassing van de oplossingsgerichte benadering, de systeemtheorie en contextuele benadering, de leertheorie, het competentie-model en communicatietheorie liggen daaraan ten grondslag (Bolt, 2006).

1.4 Programma-evaluatie Gezin Centraal

De algemene vraagstelling van de programma-evaluatie van Gezin Centraal luidt: Hoe verloopt de hulpverlening aan 6–14 jarigen bij het programma Gezin Centraal en welke resultaten worden daarmee gehaald in vergelijking met gebruikelijke hulpverlening?

Het onderzoek kan getypeerd worden als een prospectief evaluatieonderzoek. Het betreft een programma-evaluatie die zich richt op het derde niveau van de effectladder: indicatieve bewijskracht. Gekeken wordt of het programma uitgevoerd wordt zoals bedoeld en of er eerste empirische indicaties zijn voor effectiviteit. In de periode november 2004 tot en met maart 2008 werden data verzameld onder ouders van kinderen van 6 tot 14 jaar, kinderen vanaf 11 jaar, gezinsbegeleiders en pedagogische medewerkers bij aanvang en afronding van de hulpverlening en op een follow-up moment.

Deze programma-evaluatie is onderdeel van een onderzoek dat in 2002 van start is gegaan met de theoretische onderbouwing (Knorth e.a., 2003) en een eerste interne evaluatie van het eerste jaar (Bolt, 2003). In 2006 werd de methodiek Gezin Centraal vastgelegd in een handboek (Bolt, 2006). Sinds 2007 is Gezin Centraal opgenomen in de Databank Effectieve Interventies van het Nederlands Jeugdinstituut op het niveau 'theoretisch onderbouwd'. De programma-evaluatie is in 2004 vanuit de Universiteit Leiden van start gegaan, waarna in de loop van datzelfde jaar de samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen tot stand kwam (Knorth & Van den Bergh, 2003).

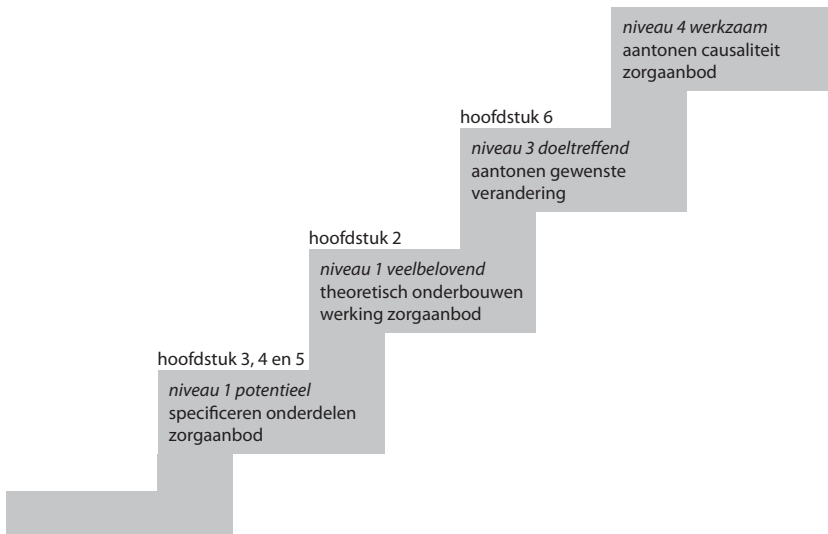
1.5 Leeswijzer

In figuur 1.2 is de relatie aangegeven van de hoofdstukken die hierna volgen met de effectladder van Van Yperen en Veerman (2008).

In hoofdstuk 2 wordt het vraaggericht werken aan de hand van de theorie nader uitgewerkt. De inhoud van dit hoofdstuk bevindt zich zodoende op het tweede niveau van de effectladder: het niveau waarop de werking van het programma Gezin Centraal theoretisch wordt onderbouwd.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 Gezin Centraal en de opzet van het onderzoek toegelicht. Dit hoofdstuk bevindt zich wat betreft de beschrijving van Gezin Centraal op het eerste niveau van de effectladder. In de daarop volgende drie hoofdstukken rapporteren we over de eerste empirische resultaten van de programma-evaluatie.

Hoofdstuk 4 heeft betrekking op de verkenning van de doelgroep van Gezin Centraal: wordt de doelgroep zoals het programma beoogt in de praktijk ook bereikt? Het proces van de hulpverlening vormt de hoofdmoot van de verslaglegging en staat centraal in hoofdstuk 5: wordt de werkwijze conform de programmatheorie uitgevoerd, is die ook onderscheidend van de zorg elders? De vraagstukken die



Figuur 1.2: Opbouw hoofdstukken in relatie tot de effectladder

in deze twee hoofdstukken centraal staan, positioneren we eveneens op het eerste niveau van de effectladder².

In hoofdstuk 6 gaan we op zoek naar eerste empirische indicaties voor de effectiviteit van de hulp. Dit hoofdstuk refereert zodoende aan het derde niveau van de effectladder. Tot slot wordt het onderzoek afgesloten met conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 7).

² We wijken hierin enigszins af van de beschrijving van de effectladder (Veerman & Van Yperen, 2008). We komen hierop terug in de discussie.



Vraaggericht werken: Theoretische verkenning

2.1 Inleiding

In 2005 is de Wet op de Jeugdzorg in werking getreden. In het verleden konden cliënten¹ van jeugdzorg terugvallen op zorg die bepaald werd door autonome en onafhankelijke organisaties. De Wet op de Jeugdzorg biedt cliënten de kans om zorg te verkrijgen die voorziet in hun individuele behoeften en situatie. Bureau Jeugdzorg, bedoeld als de centrale toegang tot alle soorten jeugdzorg, voorziet cliënten van indicaties voor jeugdzorg. Met indicaties voor zorg verwerven cliënten het recht op zorg, dat ze kunnen verzilveren bij zogeheten multifunctionele organisaties. Deze organisaties bieden een uitgebreid aanbod van jeugdzorgprogramma's.

Het is één van de centrale uitgangspunten van de Wet op de Jeugdzorg, dat de vraag en de behoeften van de cliënten een centrale positie innemen gedurende het gehele zorgtraject (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie, 2005), van registratie en intake tot en met plaatsing en case management (Knorth e.a., 2003). Cliënten verwerven het recht op zorg of behandeling die wordt aanbevolen voor hun situatie (NIZW International Centre, 2004). Deze verschuiving in de benadering van de cliënt kan gezien worden als een onderdeel van een democratiseringsproces waaraan de jeugdzorg onderhevig is (Van Erve, Poiesz, & Veerman, 2005). De toenemende toepassing van Family Group Conferences is tevens een voorbeeld van deze ontwikkeling (Sinclair, 2002; Van Pagée,

¹ Onder 'cliënten' worden de leden van het cliëntsysteem verstaan, primair het aangemelde kind en zijn/haar ouders. Met 'ouders' wordt of worden bedoeld: de ouder(s) en/of verzorger(s).

Van Lieshout, & Van As, 2002). Als een gevolg van deze ontwikkeling zetten de multifunctionele organisaties in op het leveren van vraaggerichte jeugdzorg. Het programma Gezin Centraal dat onderwerp van dit onderzoek is, gaat eveneens uit van vraaggericht werken. En hoewel het belang van deze benadering nauwelijks ter discussie staat, is het niet helder of met een vraaggerichte aanpak in de jeugdzorg daadwerkelijk goede resultaten worden geboekt. Een belangrijke vraag om te beantwoorden is daarom: werkt een vraaggerichte aanpak? In een poging om deze vraag te beantwoorden bestaat allereerst de behoefte aan een definitie van vraaggericht werken. In dit hoofdstuk staan twee vragen centraal: 1) uit welke elementen is vraaggericht werken opgebouwd en 2) is er empirische onderbouwing voorhanden voor vraaggericht werken in de jeugdzorg?

Een eenduidige definitie van het concept vraaggericht werken blijkt niet voorhanden te zijn (Trivette, Dunst, Boyd, & Hamby, 1995). Ook in de Nederlandse (vak)literatuur verschillen auteurs in hun opsomming van karakteristieken van een vraaggerichte benadering. Alvorens een antwoord te vinden op de vraag of een vraaggerichte aanpak werkt, wordt het concept vraaggericht werken ontrafeld en worden de gemeenschappelijke kernelementen uit verschillende omschrijvingen en definities in paragraaf 2.2 benoemd. Deze kernelementen functioneren vervolgens als de sleutelvariabelen in de zoektocht naar empirische onderbouwing van vraaggericht werken (2.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies (2.4).

2.2 Vraaggericht werken

2.2.1 De vraag centraal

Diverse auteurs beschouwen de hulpvraag van de cliënt als het vertrekpunt van het zorgproces. Met het oog op succes van de hulpverlening dienen de hulpvraag van de cliënt en de daaruit afgeleide doelen voor de hulpverlening een centrale rol in te nemen gedurende het hulpverleningstraject (Baartman, 2003; Dronkers, 2002; Knorth & Van den Bergh, 2003; Pool, Mostert, & Schumacher, 2003; Van Beek, 2004; Van Burik, Kayser, & Van de Mortel, 2001; Van der Steege, 2003; Van Yperen, 2004; Verbeek, 2003; Welling, 2000).

Garfat (2003) identificeert karakteristieken die geassocieerd zijn met effectieve jeugdzorginterventies. Eén van deze karakteristieken betreft het aansluiten van de professional bij de doelen die de cliënt met de hulpverlening beoogt (Garfat, 2003).

In relatie tot het helder voor ogen houden van de vraag van de cliënt in de praktijk van interventies is het van belang om onderscheid te maken tussen zorgen en behoeften. Volgens Dunst en Deal (1994) worden zorgen gedefinieerd als het bewustzijn van de gezinsleden dat de situatie waarin ze verkeren anders is dan de

situatie waarin ze zouden willen verkeren. Problemen, moeilijkheden en ongemak zijn equivalenten van zorgen. Deze termen reflecteren een discrepantie tussen wat is en wat zou moeten zijn. Een behoefte is een oordeel dat hulp nodig is of gewenst is om een bepaald doel te bereiken. De termen wens, doel, streven en prioriteit worden vaak gebruikt om er hetzelfde mee aan te duiden. Deze termen reflecteren de gerichtheid om zorgen te verminderen (Dunst & Deal, 1994). Zonder aan de zorgen van cliënten voorbij te gaan, zijn het de behoeften van de cliënt die in de hulpverlening centraal dienen te staan volgens deze auteurs.

In dit licht kan ook de benadering van Snyder, Michael en Cheavens (1999) als relevant worden gezien. Snyder e.a. (1999) verwijzen naar verwachtingen in de context van een 'model van hoop op verbeteringen'. Hoop wordt beschreven in termen van het denken over doelen. Dit is uitgewerkt in twee componenten. De eerste component bestaat uit gedachten die personen hebben over hun mogelijkheden om één of meer werkbare routes af te leggen naar het behalen van hun doelen. De tweede component bestaat uit gedachten die mensen hebben met het oog op hun mogelijkheden om voortgang te boeken op de ingeslagen weg naar het behalen van hun doelen. Beide typen van denken dienen aanwezig te zijn bij een persoon om hoop te ervaren. Verwachtingen van verbeteringen in de situatie en verwachtingen van de effectiviteit van een specifieke therapeutische benadering zijn gelijk aan deze wijze van denken (Snyder e.a., 1999). De auteurs lichten toe dat hoop bij een cliënt af zal nemen naarmate de therapeut minder zorgvuldig luistert naar wat de cliënt zegt. Dit kan leiden tot therapiedoelen die meer van de hulpverlener zijn dan van de cliënt (Snyder e.a., 1999). Therapie-doelen en het model van hoop zijn sterk met elkaar verbonden. Wanneer het model van hoop in een therapie geïmplementeerd wordt, houdt dit in dat de therapeut en de cliënt uitzoeken wat de cliënt werkelijk wenst. Deze benadering benadrukt het belang van het centraal stellen van de hulpvraag van de cliënt in de samenwerking tussen professionals en cliënten.

2.2.2 Participatie van de cliënt

In het verlengde van het belang van de centrale rol die de hulpvraag en de doelen van de cliënt in de hulpverlening in dienen te nemen, benadrukt Van Beek (2004) de participatie van cliënten, in dit geval adolescenten en hun ouders die gebruik maken van jeugdzorg. Zij benoemt 61 criteria die cliënten van belang achten en zelf naar voren brengen. Een deel van deze criteria heeft betrekking op het uitoefenen van invloed en macht. Het betreft criteria die betrekking hebben op geïnformeerd worden om een keuze te kunnen maken uit beschikbare hulpverlening, criteria die de samenhang met de dagelijkse omgeving in activiteiten benadrukken, maar ook de samenhang in de hulpverleningstrajecten zelf. Daarnaast gaat het om criteria die te maken hebben met de wens van cliënten om zelf te kunnen besluiten welke

9. geheel bepalend in besluitvorming
8. sterk bepalend in besluitvorming
7. partner in besluitvorming
6. participerend in besluitvorming
5. betrokken bij besluitvorming
4. geraadpleegd bij besluitvorming
3. volledig geïnformeerd over besluitvorming
2. onvolledig geïnformeerd over besluitvorming
1. gemanipuleerd

Figuur 2.1: Participatieladder, aangepast door Thoburn e.a. (1995)

zorg, om welke reden, met wie en wanneer plaats vindt. Dit zijn criteria die een hoge mate van participatie van de cliënt impliceren. Ook door andere auteurs wordt de participatie van de cliënt als een belangrijke component van een vraaggerichte benadering beschouwd (Dogan, Van Dijke, & Terpstra, 2000; Knorth e.a., 2003; Kramer, 2004; Van Burik e.a., 2001; Van der Laan, 2002; Verbeek, 2003; Welling, 2000).

Het concept participatie in de context van jeugdzorg is duidelijk gedefinieerd door Thoburn, Lewis en Shemmings (1995). In een zogenoemde 'ladder van participatie' (van origine opgesteld door Arnstein (1969), benut door Hart (1992) en op de jeugdzorg toegesneden door Thoburn e.a. (1995)) zijn negen oplopende niveaus van participatie opgenomen (zie ook Knorth, Van den Bergh, & Verheij, 2002) (figuur 2.1).

Shier (2001) beschouwt het eerste niveau (manipulatie) en het tweede niveau (onvolledig geïnformeerd worden) als non-participatie en stelt, dat als er geluisterd wordt naar de cliënt – dit is te vergelijken met niveau drie en vier – er aan een minimale vorm van participatie wordt voldaan die als voorwaarde geldt voor de overige niveaus van participatie.

Het mag niet als vanzelfsprekend beschouwd worden dat in definities van participatie gerefereerd wordt aan de hogere niveaus van de participatieladder. Hill (2005) bijvoorbeeld, refereert in haar definitie van cliëntparticipatie aan betrokkenheid van cliënten in de therapiesessies en aan de mate waarin de cliënt opgaat in de taken die vanwege de therapie van de cliënt verwacht worden (Hill, 2005). Deze componenten verwijzen naar betrokkenheid die volgens Thoburn e.a. (1995) gedefinieerd wordt als één van de meer basale niveaus van participatie.

Het mag daarnaast niet als vanzelfsprekend beschouwd worden dat de hoogste niveaus van participatie ook daadwerkelijk gerealiseerd worden in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg. Sinclair en Grimshaw (1997) bijvoorbeeld, concluderen naar aanleiding van een onderzoek in Engeland naar de implementatie van het principe dat zorgverleners samenwerken met ouders (UK Children Act 1989), dat

ouders vaak slecht geïnformeerd worden door sociale instanties, dat vaders weinig betrokken zijn en dat ouders niet actief betrokken worden in besluitvorming (zie ook Van Beek, 2002).

De wenselijkheid van een hoog niveau van participatie wordt ondersteund door Lambert en Bergin (1994) die vonden dat veranderingen langer stand houden bij cliënten die hun veranderingen aan hun eigen inspanningen toeschrijven (zie ook Asay & Lambert, 1999). In een onderzoek onder psychologen en psychiaters, hebben Kazdin, Siegel en Bass (1990) gezocht naar factoren die van invloed zijn op therapeutische verandering en resultaten van behandeling. Uit hun onderzoek kwam naar voren dat ouder- en gezinskenmerken, in het bijzonder het meewerken van ouders en de betrokkenheid van ouders in de behandeling, gerelateerd zijn aan de resultaten van de behandeling.

In een kwalitatieve studie van Anglin (2002) naar residentiële zorg wordt het belang van participatie helder in de interactieprincipes tussen professionals en cliënten en tussen professionals onderling. In een vergelijkende analyse van interacties in de alledaagse omgang tussen jeugdigen en professionals in residentiële zorgcentra vond Anglin elf interactieprincipes. Deze principes blijken van invloed te zijn op de kwaliteit en effectiviteit van het werk en kunnen beschouwd worden als de sleutelingrediënten voor de relatie tussen betrokkenen in het leven en werken in deze vorm van zorg (Anglin, 2002; Knorth, 2003):

- a) luisteren en respectvol reageren;
- b) communiceren basisfilosofie en methodieken van waaruit wordt gewerkt;
- c) opbouwen goede (werk)relatie;
- d) verduidelijken geldende structuur, routines en verwachtingen;
- e) stimuleren en tonen positieve betrokkenheid;
- f) bieden van steun bij (emotionele) ontwikkeling;
- g) stimuleren/uitdagen doen en denken;
- h) delen macht, samen beslissen;
- i) respecteren behoefte aan persoonlijke ruimte (fysiek, in tijd);
- j) ontdekken en expliciteren van iemands mogelijkheden;
- k) beschikbaar stellen/maken benodigde hulpmiddelen ('resources').

Enkele van deze interactieprincipes ondersteunen verschillende niveaus van participatie zoals door Thoburn e.a. (1995) verwoord. De principes 'stimuleren en tonen positieve betrokkenheid' (e), 'stimuleren/uitdagen doen en denken' (g), en 'ontdecken en expliciteren van iemands mogelijkheden' (j) van Anglin zijn verwant aan de middelste niveaus van de participatieladder. Het principe 'delen macht, samen beslissen' (h) 'matcht' met de hogere niveaus van de participatieladder.

Het belang van participatie wordt ook door Molin en Palmer (2005) benadrukt.

Specifiek met betrekking tot de zorg aan kinderen in de dag- en nachthulpverlening (pleegzorg en residentiële zorg), refereren Molin en Palmer aan het gevaar dat (pleeg)ouders over het hoofd gezien worden en uitgesloten worden van betrokkenheid bij de hulpverlening gedurende de behandeling van hun kinderen. Het gevoel uitgesloten te worden, kan een sterk negatief effect hebben op het behandelingsproces (Molin, 1988). Het minimaliseren van participatie door ouders uit te sluiten kan tevens het verantwoordelijkheidsgevoel van ouders voor hun kinderen en het gevoel dat ze belangrijk zijn voor hun kinderen ondermijnen (Molin & Palmer, 2005).

Met betrekking tot de participatie van de cliënt vinden we aansluiting bij de indeling van werkzame factoren van behandeling door Asay en Lambert (1999). Ingegeven door de constatering dat er vrijwel geen verschillen gevonden zijn in effectiviteit van diverse behandelingen van psychosociale problemen onder volwassenen (Hubble, Duncan, & Miller, 1999b), verdelen Asay en Lambert (1999) werkzame factoren in vier brede gebieden: cliëntfactoren en gebeurtenissen buiten de therapie, factoren gerelateerd aan de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener, verwachtingen en placebo-effecten en factoren onder de noemer van hulpverleningstechnieken en hulpverleningsmodellen (zie ook Lambert & Barley, 2001).

Het blijkt dat cliëntfactoren en gebeurtenissen buiten de therapie verantwoordelijk zijn voor 40% van de verbetering bij cliënten die psychotherapie volgen (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2001). Het principe dat hier aan te grondslag ligt, is de conclusie dat het met name de cliënt is en niet de hulpverlener of de toegepaste techniek die de therapie werkzaam maakt. Cliëntparticipatie, benoemd als één van de cliëntfactoren, wordt beschouwd als een belangrijke variabele van invloed op de uitkomsten van de hulpverlening. Sterker uitgedrukt, cliënt betrokkenheid (involvement), tezamen met de mate van verbondenheid (alliance) van de cliënt aan de hulpverlening, is de meest belangrijke voorspellende variabele voor de werkzaamheid van een behandeling (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2001).

Volgens Orlinsky, Grave en Parks (1994) is de kwaliteit van de participatie van de cliënt in de behandeling de meest belangrijke determinant van de uitkomsten van de hulpverlening. In al deze bevindingen wordt het belang van participatie, zoals dat ook in vraaggericht werken vooropstaat, benadrukt.

2.2.3 Vraaggerichte houding hulpverlener

Vraaggerichte jeugdzorg vergt professionals met bepaalde competenties (Van Burik e.a., 2001). Professionals dienen een vraaggerichte houding te hebben die gekarakteriseerd wordt door respect, empathie en flexibiliteit, waarin de focus ligt op de krachten van het gezin, en op het activeren van de cliënt en het delegeren van macht (bijv. Welling, 2000).

Volgens Schippers, Wehman en Hermanns (2005) dient een professional die

vraaggericht werkt een positieve en proactieve houding te hebben die gekarakteriseerd wordt door respect, gelijkwaardigheid en begrip. In een kwalitatief onderzoek door Park en Turnbull (2002) definiëren ouders van kinderen met beperkingen specifiek het begrip 'respect' als een indicator voor kwaliteit voor de professionals die werken met hun kinderen en gezinnen.

Van Yperen (2004) verwijst eveneens naar respect en voegt daar bescheidenheid en oprechtheid aan toe. Janssens (2003) benoemt deze aspecten door te spreken van de kerncompetentie van het verwezenlijken van een functionele werkrelatie. Een dergelijke werkrelatie is gebaseerd op vertrouwen en oprechtheid. Andere competenties zijn communicatieve vaardigheden, zelfreflectie en het vermogen om een hulpverleningstraject te structureren en het tot een transparant proces te maken (Van Burik e.a., 2001).

De respondenten in een studie naar gezinsondersteuning door Window e.a. (2004) schreven de ervaring van een positieve relatie met de gezinsbegeleider toe aan zijn begrip en niet-veroordelende houding. Cliënten die verslag deden van de ervaring van een negatieve relatie, beschreven de gezinsbegeleider als bemoeizuchtig, niet luisterend of irriterend doordat de gezinsbegeleider zijn² eigen standpunten telkens herhaalde in het bespreken van de problemen waar de gezinnen mee kampten (Window e.a., 2004). De respondenten van het onderzoek van Window e.a. vertalen de eerder genoemde competenties treffend in concrete beschrijvingen van de houding van de gezinsbegeleiders. De kenmerken van een vraaggerichte houding worden tevens zichtbaar in de eerder (paragraaf 2.2.2) aan bod gekomen interactieprincipes van Anglin (2002).

Het belang van de juiste attitude van de therapeut impliceert niet dat er maar één manier van empathisch reageren door de therapeut is die productief is bij alle cliënten. Cliënten reageren op de pogingen van hun therapeut afhankelijk van hun specifieke behoeften (Bachelor & Horvath, 1999). Cliënten beschrijven een goede relatie in verschillende termen, bijvoorbeeld in termen van dienstbare therapeuteigenschappen. Andere cliënten karakteriseren een positieve relatie voornamelijk in termen van samenwerking. Deze laatste categorie cliënten realiseert zich dat positieve verandering niet alleen de verantwoordelijkheid is van de therapeut, maar dat alle partners participeren in en bijdragen aan de therapie (Bachelor, 1995; Bachelor & Horvath, 1999).

Deze bevindingen wijzen in de richting van een sterke verbinding tussen de vraaggerichte houding van de hulpverlener en de participatie van cliënten. Open en stipte communicatie en aanmoediging van gezinnen om actief te participeren in de behandeling van hun kind worden beschouwd als belangrijke aspecten van

² Omwille van de leesbaarheid wordt de mannelijke vorm gebruikt. Hier kan ook steeds de vrouwelijke vorm gelezen worden.

een vraaggerichte houding van de professional. De vraaggerichte houding van de professional faciliteert voor een groot deel de participatie van de cliënt in de hulpverlening. Dit wordt bevestigd door Hill (2005) die verwijst naar therapeutische technieken, betrokkenheid van cliënten en de therapeutische relatie als elementen van het therapeutisch proces die onontwarbaar met elkaar verweven zijn. Gebaseerd op een model met vier stadia in therapie, komt zij tot de conclusie dat een therapeut zijn technieken alleen effectief kan gebruiken als de cliënt actief betrokken is en als er sprake is van een goede relatie tussen de professional en de cliënt. Daarnaast concludeert zij dat de cliënt alleen actief betrokken raakt als de therapeut vaardig gebruik maakt van de technieken die tot zijn beschikking staan en wederom als er sprake is van een goede relatie met de cliënt. Tenslotte kan een goede relatie tussen therapeut en cliënt niet voortbestaan zonder een competente therapeut en een actief betrokken cliënt (Hill, 2005).

Psychologen en psychiaters in de survey van Kazdin, Siegel en Bass (1990) beschouwen de therapeutische relatie als één van de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de uitkomsten van de hulpverlening ((zie ook Bachelor & Horvath, 1999; Gaston, 1990). Ook in een onderzoek naar intensieve kortdurende residentiële behandeling door Leichtman e.a. (2001) geven adolescenten aan dat de relatie met de pedagogische medewerkers de meeste impact op hen gehad heeft.

Van de vier gebieden waarin Asay en Lambert (1999) werkzame factoren van behandeling indelen, zijn factoren gerelateerd aan de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener goed voor 30% van de verbetering die bij de cliënt teweeg wordt gebracht (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2001). Horvath en Symonds (1991) noemen op basis van een meta-analyse dat de therapeutische alliantie als verbinding tussen het hulpverleningsproces en de uitkomsten van de hulpverlening een overall effect size heeft van .26. Zij suggereren daarmee dat 26% van het verschil in de waardering van het succes van de therapie toegeschreven kan worden aan de kwaliteit van de therapeutische alliantie (Horvath & Symonds, 1991).

Van Yperen e.a. (2010) betogen dat voorzichtigheid betracht moet worden in het doen van uitspraken op basis van dergelijke percentages. Zij concluderen dat er binnen de werking van therapie sprake is van een sterke invloed van de algemeen werkzame factoren (o.a. alliantie, therapeutische relatie), maar dat deze factoren en specifiek werkzame factoren met elkaar verweven zijn en dat nader onderzoek nodig is om de precieze betekenis van factoren in de context van hulpverlening aan jeugdigen te bepalen (zie ook Orobio de Castro, 2010).

2.2.4 Implicaties kernelementen vraaggericht werken

De drie kernelementen van vraaggericht werken brengen enkele aspecten die vraaggericht werken nader typeren met zich mee. Deze aspecten betreffen *gedeelde ver-*

antwoordelijkheid en inbreng van wederzijdse deskundigheid, dialoog tussen professional en cliënt en inbedding van de hulpverlening in de dagelijkse leefomgeving van de cliënt.

Gedeelde verantwoordelijkheid en inbreng van wederzijdse deskundigheid

Als een implicatie van een hoge mate van participatie benadrukken Knorth e.a. (2003) het belang van gedeelde verantwoordelijkheid voor het zorgproces door de professional en de cliënt, die als gelijkwaardige partners samenwerken (zie ook Janssens, 2003). Shier (2001) beschouwt gedeelde verantwoordelijkheid voor besluitvorming als een implicatie van een hoge mate van participatie. Het delen van macht vergt expliciet de betrokkenheid van cliënten. In de samenwerking tussen de professional en de cliënt legt Baartman (2003), net als Hill (2005), de nadruk op de wisselwerking tussen beiden. Zowel de professional als de cliënt dragen bij aan het proces van de hulpverlening elk vanuit hun eigen expertise (respectievelijk professionele expertise en ervaringsdeskundigheid) (Baartman, 2003; Dogan e.a., 2000; Pool e.a., 2003; Prakken, Van Dijke, Van der Steege, & Terpstra, 2002). Het uitgangspunt van gedeelde verantwoordelijkheid en inbreng van eigen expertise dient recht te doen aan de levenservaringen van cliënten, hun intuïtie, betrokkenheid en motivatie (Dogan e.a., 2000).

De professional neemt eveneens verantwoordelijkheid voor het zorgproces en zet daarbij zijn professionele expertise in. De inbreng van professionele expertise kan vertaald worden als de toepassing van specifieke technieken en behandelmethoden. Ogles, Anderson en Lunnen (1999) signaleren dat er minder draagvlak voor de meerwaarde van training van hulpverleningstechnieken lijkt te bestaan. Zij halen onderzoek aan dat suggereert dat individuele technieken van de therapeut weinig bijdragen aan de uitkomsten van een behandeling (Ogles e.a., 1999). Ondanks de ogenschijnlijk beperkte bijdrage van deze factoren, beargumenteren Hubble, Duncan en Miller (1999a) dat theoriegestuurde modellen en methoden nog steeds van waarde zijn. Deze voorzien in structuur en focus voor de therapeut. Modellen en technieken kunnen tevens de therapeut ondersteunen in het bieden van verschillen opties voor de aanpak van probleemverheldering en interventie. Het is daarbij van belang om in het oog te houden dat gekozen wordt voor technieken die de therapeut helpen om de houding en de manier van handelen te ontwikkelen die consistent zijn met de algemeen werkzame factoren en die samenvallen met de visie van de cliënt en zijn verwachtingen van de behandeling (Hubble, Duncan, & Miller, 1999a). Messer en Wampold (2002) komen tot een soortgelijke conclusie. Zij zijn voorstander van therapeuten die zich realiseren dat specifieke ingrediënten noodzakelijk zijn, maar alleen werkzaam zijn als onderdeel van een bredere context van werkzame therapie.

Volgens Goldfried en Da Vila (2005) richt de discussie omtrent het beantwoor-

den van de vraag naar de sleutelingrediënten die leiden tot verandering, zich op twee belangrijke componenten: therapeutische technieken en de therapeutische relatie. Naar de mening van Goldfried en Da Vila worden deze twee teveel gezien als aparte componenten. De discussie is gefixeerd op het idee dat óf de technieken het meest verantwoordelijk zijn voor verandering óf de relatie. Zij vonden dat zowel de relatie als de technieken aan verandering bijdragen en betogen zelfs dat het mogelijk is dat technieken en de therapeutische relatie van invloed op elkaar zijn en zodoende bijdragen aan de verwezenlijkte verandering. In sommige gevallen kan de therapeutische relatie gezien worden als de toegepaste techniek (Goldfried & Da Vila, 2005). Ook Van Yperen e.a. (2010) pleiten met het oog op de verbetering van de jeugdzorg voor het investeren in het werken met de algemeen werkzame factoren en de specifieke methodieken.

De professional kan aan het dragen van zijn deel van de verantwoordelijkheid van het zorgproces invulling geven door zijn professionele expertise te benutten. Deze expertise beperkt zich niet tot het inzetten van technieken en specifieke methoden, maar heeft ook betrekking op het bewaken van algemeen werkzame factoren zoals het tot stand brengen van een goede hulpverleningsrelatie met de cliënt.

Dialogoog

Een terugkerend concept in de diverse omschrijvingen van vraaggericht werken, is de dialoog tussen professionals en cliënten. Bij een vraaggerichte aanpak wordt de samenwerking gekenmerkt door een continue dialoog tussen de professional en de cliënt (Baartman, 2003; Dogan e.a., 2000; Dronkers, 2002; Kramer, 2004; Pool e.a., 2003; Tonkens, 2003; Van Beek, 2004; Van Burik e.a., 2001; Van der Steege, 2003; Van Yperen, 2004). Janssens (2003) benadrukt het belang van de dialoog tussen professionals en cliënten vanuit het gezichtspunt dat het tijd kost om de vraag van de cliënt goed te benoemen. Asay en Lambert (1999) bepleiten het werken in dialoog gericht op consensus.

In dagelijkse leefomgeving

Tot slot wordt het inbedden van het hulpverleningstraject in de dagelijkse leefomgeving en belevingswereld van de cliënt als belangrijk beschouwd (Dogan e.a., 2000; Pool e.a., 2003; Schippers e.a., 2005; Van Beek, 2004; Van Burik e.a., 2001; Van der Laan, 2002; Van Pel, 2002; Verbeek, 2003). Post (2001) benadrukt dat het belangrijk is om hulp te bieden daar waar de problemen zich voordoen. Dat betekent meestal bij de cliënt thuis. En het betekent tevens dat de agenda van de gezinsleden gerespecteerd dient te worden en dat samenwerking met andere zorgverleners (bijvoorbeeld de school, de buurt, politie) onontbeerlijk is (Post, 2001).

Uit de studie van Park en Turnbull (2002) kan de conclusie getrokken worden, dat professionals de omgeving waarin de kinderen opgroeien dienen te kennen

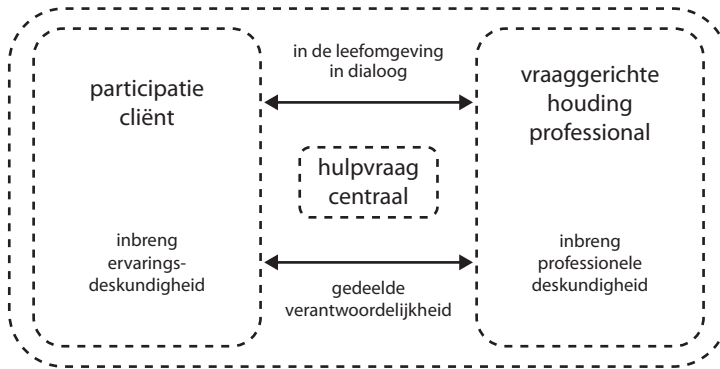
om hen succesvol te kunnen helpen. Park en Turnbull beschrijven dat, terwijl de professionals meer leerden over het thuisleven van de kinderen waaraan zij hulp verleenden, ze tevens vertrouwd raakten met andere gezinsleden. Daarnaast werden de vragen en behoeften van het hele gezin aan hen bekend en ze probeerden zo veel mogelijk daar op in te gaan. Gezinnen ervoeren deze benadering als zeer effectief in het verbeteren van het gedrag van de kinderen. De relatie tussen de professional en het gezin voorzag in consistente hulpverlening waarin positief gedrag werd ondersteund in alle omgevingen waar de kinderen onderdeel van uitmaakten (Park & Turnbull, 2002).

Volgens Garfat (2003) is de kern van het in de jeugdzorg werken met belaste gezinnen, dat gebeurtenissen zoals deze in het dagelijks leven voorkomen benut worden voor therapeutische doeleinden. Het is zaak om deze natuurlijk voorkomende situaties te benutten om mensen te helpen om dingen anders te doen, om anders onderdeel van elkaars leven te zijn en om op een gezondere, minder pijnlijke manier met elkaar om te gaan. Een aanpak voor jeugdzorg aan ouders en gezinnen begint met de aanname dat er talrijke vormen van interactie in een gezin plaats vinden. Het is de taak van de gezinshulpverlener om interactiepatronen te ontdekken en interactiepatronen die van invloed zijn op een problematische situatie te helpen ombuigen (Garfat, 2003).

Hulpverlening waarin de samenwerking tussen cliënten en professionals gekarakteriseerd kan worden als het gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor het hulpverleningsproces, waaraan beiden vanuit hun eigen expertise een bijdrage leveren, en waarin in dialoog wordt samengewerkt, speelt zich af op één van de hogere niveaus van participatie (partner in besluitvorming, sterk of geheel bepalend in besluitvorming) zoals beschreven door Thoburn e.a. (1995). Om hulpverlening die aan deze kenmerken voldoet tot zijn recht te laten komen, is het inbedden van de hulpverlening in de dagelijkse leefomgeving van belang.

2.2.5 Vraaggericht werken functioneel samengevat

Op basis van het voorgaande wordt de conclusie getrokken dat een vraaggerichte benadering impliceert dat de hulpvraag van de cliënt centraal staat, dat hulpverleners een vraaggerichte houding tonen en dat cliënten in hoge mate participeren. Deze elementen worden in figuur 2.2 samengevat (zie ook Metselaar, Knorth, & Van den Bergh, 2005; Metselaar, Knorth, & Van den Bergh, 2007).



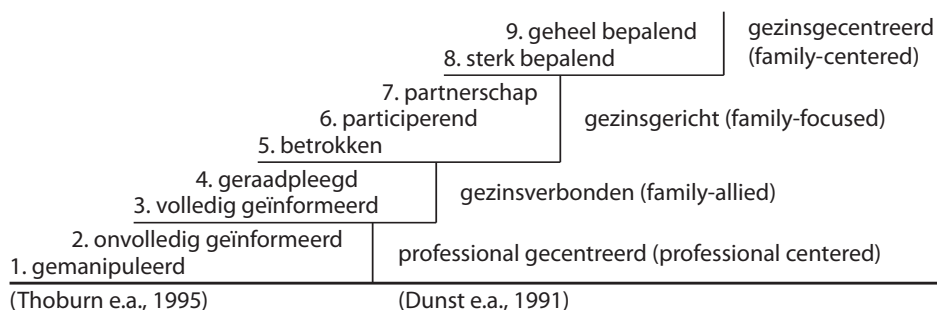
Figuur 2.2: Elementen van vraaggericht werken

Vraaggericht en gezinsgericht

De drie kernelementen zijn herkenbaar aanwezig in de hoogste van vier klassen van gezinsgeoriënteerde interventieprogramma's, die Dunst e.a. (1991) definiëren. In oplopende mate van focus op het gezin definiëren Dunst e.a. professionalgecentreerde (professional-centred), gezinsverbonden (family-allied), gezinsgerichte (family-focused) en gezinsgecentreerde (family-centred) modellen. Deze laatste worden gedefinieerd als cliëntgestuurd. Dat wil zeggen dat de behoeften en wensen van het gezin alle aspecten van de hulpverlening bepalen. De professionals worden gezien als 'instrument' van de gezinnen, die zodanig interveniëren dat de besluiten door het gezin genomen worden en dat de capaciteiten en competenties van het gezin maximaal gestimuleerd worden. De hulpverleningsactiviteiten zijn bijna volledig op de krachten en competenties van het gezin gebaseerd en de geboden hulp heeft primair als doel om de mogelijkheden van het gezin te versterken om informele en formele netwerken van hulpbronnen te bevorderen die in de behoeften van het gezin voorzien (Dunst e.a., 1991).

Vanwege de treffende gelijkenis, kunnen de vier klassen van gezinsgerichte vroegtijdige interventieprogramma's van Dunst e.a. (1991) naast de participatieladder van Thoburn e.a. (1995) worden geplaatst (figuur 2.3.).

De professionalgecentreerde programma's refereren aan de twee laagste niveaus van de ladder vanwege het feit dat in dit type programma's professionals gezien worden als experts die de behoeften van het gezin bepalen vanuit hún perspectief in plaats van uit het perspectief van het gezin (Dunst e.a., 1991). Gezinsverbonden programma's geven vorm aan participatie op het derde en vierde niveau van de participatieladder vanwege het benaderen van gezinnen die minimaal in staat zijn om zelfstandig effectieve veranderingen in hun leven mogelijk te maken. In deze programma's worden gezinnen gezien als het instrument van de professional. Ge-



Figuur 2.3: Niveaus gezinsgerichtheid en participatie

zinsgerichte programma's sluiten aan bij het vijfde tot en met het zevende niveau van de participatieladder. Gezinnen en professionals bepalen al samenwerkend wat gezinnen nodig hebben om op een gezondere wijze te functioneren. Hoewel gezinnen in positiever licht worden gesteld, worden ze in deze benadering over het algemeen gezien als behoefte hebbend aan professionals voor advies en begeleiding. Tot slot corresponderen gezinsgecentreerde programma's met niveau acht en negen van de participatieladder vanwege de geschetste definitie waarin de professionals gezien worden als het instrument van de gezinnen.

Dunst e.a. (1991) geven drie praktijkindicatoren volgens hun definitie van de gezinsgecentreerde benadering: 1) de zorgen van het gezin en hun vragen en behoeften bepalen het proces waarin de situatie van het gezin ingeschat of beoordeeld wordt; 2) er wordt niets in het individuele behandelplan van het gezin beschreven zonder toestemming van het gezin; 3) de behoeften en de levensstijl van het gezin bepalen de rol van de professionals. Deze indicatoren vertalen de eerder genoemde kernelementen van vraaggericht werken treffend in concrete criteria.

Het doel van het volgende onderdeel van dit hoofdstuk is, om in aanvulling op het voorgaande, nadere empirische bewijskracht te vinden voor de werkzaamheid van de kernelementen van een vraaggerichte benadering in de jeugdzorg.

2.3 Werkzaamheid kernelementen van vraaggericht werken

Meerdere databases (psycINFO, ERIC, Medline, Online Contents) werden geraadpleegd waarin empirisch bewijs wordt aangereikt voor de aannames dat de drie kernelementen van het vraaggericht werken de uitkomsten van jeugdzorg maximaliseren. Binnen elk van de drie centrale kernelementen (de vraag centraal, een

vraaggerichte houding van de hulpverlening en participatie van de cliënt), was het doel om relevante studies te vermelden, in termen van vraaggerichte thematiek gerelateerd aan één of meerdere uitkomstmaten (bijvoorbeeld doelrealisatie, vroegtijdige uitval, probleemreductie, tevredenheid (Van Yperen, 2003)). De zoektermen waarvan gebruik is gemaakt, zijn gezin, participatie, vraaggericht, family, participation, centeredness, effectiveness, efficacy, child, youth, care, school age. Sommige studies gaven aanleiding om aanvullende studies in het overzicht te includeren. Studies met betrekking tot jeugdzorginterventies voor kinderen in de basisschoolleeftijd en hun gezinnen werden geïnccludeerd, mits gepubliceerd tussen 1990–2007.

In navolging van Van Gageldonk en Bartels (1990) en Rosenbaum e.a. (1998) onderscheiden we vier typen studies:

- type 1: gerandomiseerde gecontroleerde studies (controle groep, random toewijzing aan onderzoeksgroepen, een balans in bekende en onbekende confounders en prospectieve dataverzameling) ook aan te duiden als experimenteel onderzoek (E) vanwege de random toewijzing van cliënten aan de betreffende onderzoeksgroepen.
- type 2: niet-gerandomiseerde gecontroleerde studies, quasi experimenteel onderzoek (QE), waarbij minimaal twee steekproeven een verschillende interventie aangeboden krijgen en op twee meetmomenten bestudeerd worden, waarna ze met elkaar vergeleken worden op relevante variabelen.
- type 3: cross-sectioneel en case-control studies, zodoende pre-experimenteel onderzoek (PE) waarin twee metingen in de tijd gedaan worden binnen één steekproef voor en na de interventie, waarbij nagegaan wordt of er sprake is van een verandering, bijvoorbeeld in gedrag tussen het eerste en tweede moment.
- type 4: beschrijvende studies zoals case studies en niet-experimenteel onderzoek (NE) waarin sprake is van één meetmoment van uitkomsten, meestal na een interventie. Deze uitkomsten worden vaak gerelateerd aan andere variabelen zoals cliëntkenmerken en probleemtypering.

In totaal zijn vijf reviews en 29 studies bekeken. Twee van de vijf gevonden reviews hebben betrekking op betrokkenheid en drie op het onderwerp participatie in termen van de ladder van Thoburn e.a. (1995).

Een beperkt aantal studies ($n = 3$) heeft betrekking op het centraal stellen van de hulpvraag van de cliënt. De vraaggerichte houding van de hulpverlener staat in vier studies centraal. De meeste studies werden gevonden op het onderwerp van participatie van de cliënt. Deze studies zijn vervolgens onderverdeeld in twee typen participatie conform de ladder van participatie van Thoburn e.a. (1995): studies

($n = 9$) met betrekking tot betrokkenheid van cliënten (het vijfde niveau van de ladder) en studies ($n = 13$) die participatie van de cliënt naar het zesde niveau van de ladder bespreken. In bijlage 1 is een overzicht van de studies opgenomen.

2.3.1 Reviews naar participatie

Uit de review van Hoagwood (2005) kan worden opgemaakt dat het betrekken van gezinnen bij de hulpverlening in de rol van co-therapeut, kan worden gezien als een verstreckende vorm van participatie. Hoagwood concludeert dat slechts een klein aantal gecontroleerde studies het rechtstreekse verband onderzochten van uitkomsten geassocieerd met interventies die een beroep deden op gezinnen in de rol van co-therapeut. Deze studies concentreerden zich op hulpverlening aan cliënten met autisme. Uit de review van Hair (2005) naar residentiële behandeling kan de conclusie getrokken worden dat participatie in gezinstherapie en regelmatig bezoek van het gezin verband houdt met succesvolle uitkomsten bij ontslag.

De review naar groepsgerichte opvoedprogramma's van Barlow en Coren (2000) concentreert zich op procesfactoren (bijvoorbeeld de wijze waarop een programma uitgevoerd wordt). Hieruit komt naar voren dat de houding van de professional (o.a. respect, begrip, vertrouwen) bijdraagt aan het volhouden van deelnemers aan het programma.

Shirk en Karver (2003) voerden een review uit naar de rol van de therapeutische relatie. Hieruit blijkt dat deze essentieel is in therapie die in de instelling geboden wordt om zich er van te verzekeren dat de cliënt in voldoende mate behandeling ontvangt, een basisvoorwaarde voor participatie. Daarnaast constateren zij verbanden tussen de therapeutische relatie en positieve uitkomsten van behandeling van kinderen.

Volgens Nock en Ferriter (2005) werken het tonen van empathie en het ontlokken van uitspraken door de cliënt over zijn motivatie participatiebevorderend. Deze technieken worden beschouwd als onderdeel van het praktisch uitvoering geven aan een vraaggerichte houding. Er is bewijskracht dat actieve deelname toeneemt na faciliterende en ondersteunende gedragingen van de hulpverlener (Nock & Ferriter, 2005).

2.3.2 De vraag centraal

Uit de studie naar oplossingsgerichte therapie van Conoley e.a. (2003) komt naar voren dat gezinnen aangeven dat voor hun vragen en zorgen oplossingen gevonden werden wanneer de hulpverlening zich nadrukkelijk concentreerde op de behoeften van de cliënt (Conoley e.a., 2003).

Vanuit de invalshoek dat het centraal stellen van de hulpvraag van de cliënt van belang is, vormt doelrealisatie het onderwerp van een tweede studie in deze categorie (Simeonsson e.a., 1991). De resultaten van deze studie duiden dat aandacht voor de behoeften van de cliënt en de daaruit voortvloeiende doelen voor de hulpverlening, betere resultaten genereert. Deze uitkomsten voorzien in argumenten om de goal attainment scaling methode (GAS-methode) te gebruiken om te waarborgen dat de doelen van cliënten gehaald worden op het gewenste niveau of hoger (Simeonsson e.a., 1991).

Damen en Veerman (2004) laten in een multivariate analyse van een intensief gezinsinterventie-programma zien dat de interventiecomponent 'cliënt oriëntatie', opgebouwd uit 'vraaggerichtheid' en 'empowerment van de cliënt' naar de ervaring van zowel ouders als gezinshulpverleners, de meest consistente en prominente voorspeller is van behandel-effectiviteit.

2.3.3 Participatie van de cliënt

Betrokkenheid bij de hulpverlening is onderwerp van verscheidene studies. Onder dit onderwerp worden studies gevat die refereren aan participatie in termen van aanwezigheid tijdens de behandeling en deelname aan de behandeling.

Baker en Blacher (1993; 1994) voerden verschillende studies uit met betrekking tot de betrokkenheid van gezinnen van verstandelijk beperkte kinderen in residentiële zorg. Er was sprake van frequenter bezoek door gezinnen wanneer instellingen meer kansen boden aan cliënten om betrokken te raken bij de behandeling en de activiteiten in de instelling (Baker & Blacher, 1993). In een longitudinale studie doen Blacher en Baker (1994) verslag van gezinnen die in hoge mate betrokken bleven (meer bezoek van het kind thuis, bezoek van het gezin aan de instelling en telefonisch contact). Ze vonden in deze gevallen geen bewijs voor 'onthechting' over de tijd.

In hun studie naar ouderlijke betrokkenheid in residentiële zorg, definiëren Tam en Ho (1996) betrokkenheid breder dan alleen het contact met ouders. Het gezag uitoefenen, en schriftelijk toestemming geven voor behandeling, voorzien in zakgeld of het kind thuis brengen voor het weekend of lange vakanties maken er deel van uit. In deze studie was de factor ouderlijke betrokkenheid het meest van invloed op het feit of het kind naar huis ontslagen werd uit de instelling (Tam & Ho, 1996).

Brinkmeyer e.a. (2004) definiëren betrokkenheid van het gezin onder meer als alliantie, de bereidheid tot positieve interactie van het kind, de frequentie waarmee de ouders de unit bezoeken en deelnemen aan gezins- en behandelsessies, de openheid van ouders om gezinsproblemen met de professionals van de unit te bespreken en de mate van vijandigheid naar de professionals. De onderzoekers vonden middelgrote tot grote effect sizes (niet significant) die suggereren dat de scores van

de therapeut met betrekking tot de betrokkenheid van ouders in de behandeling van hun kind, positief gerelateerd zijn aan de tevredenheid van ouders met de zorg (Brinkmeyer e.a., 2004). In deze studie wordt tevens naar voren gebracht dat motiverende gespreksvoering als procesvariabele van invloed kan zijn op betrokkenheid en tevredenheid.

Twee studies laten positieve veranderingen in het gedrag van het kind zien die gerelateerd zijn aan betrokkenheid van ouders in de interventie (Reid e.a., 2004; Wood e.a., 2006). Betrokkenheid werd gedefinieerd als het aantal trainingssessies waar de ouder aan deel nam, het percentage huiswerk dat gemaakt werd en een score door de programmaleider van de betrokkenheid van de moeder in groepsdiscussies (Reid e.a., 2004).

De studies van Dickerson Mayes e.a. (2001) en Bagner en Eyberg (2003) zijn hier mee in tegenspraak. Dickerson Mayes e.a. voerden een studie uit naar kinderen die opgenomen waren in de psychiatrische zorg. Hoewel het psychologisch functioneren van de kinderen significant verbeterde, bleek de betrokkenheid van ouders gedurende de opname (uitgedrukt in het percentage dagen tijdens de opname dat één of meer primaire verzorgers aanwezig was of waren) niet significant gerelateerd te zijn aan de vooruitgang die geboekt werd en de follow-up resultaten. Uit de studie van Bagner en Eyberg (2003) komt naar voren dat de mate van aanwezigheid van vaders in de PCIT behandeling niet gerelateerd bleek te zijn aan de resultaten van de behandeling.

Hoewel het voor de hand ligt dat een relatief laag niveau van participatie zoals betrokkenheid gewaarborgd is in de jeugdzorg, levert één van de studies het bewijs voor het tegenovergestelde (Robinson e.a., 2005). In hun studie wordt gezinsparticipatie omschreven als de hoeveelheid contact en beperkingen om contact te hebben. Bijna 60% van de ouders doet er verslag van dat het contact met hun kind beperkt was in de initiële fase volgend op de opname van het kind in de instelling. De verklaring voor deze restrictie die door de professionals van de instelling gegeven werd was enerzijds dat 'het kind tijd nodig had om zich aan te passen' of 'te settelen', en anderzijds dat bezoek of andere vormen van contact beschouwd werden als een privilege dat verdiend diende te worden. Soms waren restricties het gevolg van het gedrag van leeftijdgenoten in de woon- of behandelunit. Robinson e.a. (2005) trekken de conclusie dat veel instellingen het contact tussen kinderen en hun ouders beperken ongeacht de leeftijd en de setting van de kinderen en ondanks het belang van het actief in stand houden van de gehechtheid van kinderen aan hun ouders en het belang van het minimaliseren van stress en trauma door scheiding van kinderen van hun ouders.

In de tweede subcategorie van studies wordt aan een hoger niveau van participatie gerefereerd. De studie van Littell (2001) maakt zichtbaar dat meer samenwerking in behandelplanning betere naleving van de behandeling voorspelt. Nieuwe mel-

dingen van mishandeling blijken samen te hangen met minder samenwerking (o.a. minder betrokken in de behandelplanning) en zijn van negatieve invloed op het zich houden aan afspraken.

Een manier van onderzoeken van de mate van participatie is het bevragen van cliënten over ervaren barrières voor participatie. Voorbeelden zijn stressfactoren en obstakels die te maken hebben met het komen naar de behandeling, de beleving dat behandeling niet relevant is en een zwakke relatie van de ouder met de therapeut. Barrières voor participatie in behandeling zijn significant gerelateerd aan vroegtijdige afbreking van de therapie (Kazdin, Holland, & Crowley, 1997). Daarnaast blijkt dat het in hogere mate ervaren van barrières de therapeutisch verandering doet afnemen. Specifiek met betrekking tot kinderen met risico op weinig therapeutische verandering, blijkt dat de ervaring van weinig barrières als een protectieve factor te fungeren (Kazdin & Wassell, 1999; Kazdin & Wassell, 2000). Het ervaren van barrières voor behandelparticipatie kan gedurende de behandeling variëren. Volgens Nock en Kazdin (2005) kan het bevorderen van participatie een positieve invloed hebben op de aanwezigheid en deelname aan de behandeling.

Kazdin en Wassell (2000) komen tot de conclusie dat hogere niveaus van psychopathologie en lagere niveaus van kwaliteit van leven de ervaren barrières voor participatie voorspellen. Deze effecten kunnen niet verklaard worden door sociaal economische achterstand of sterker disfunctioneren van het kind. In deze studie wordt tevens verslag gedaan van de bevinding dat de ervaring van ouders dat er een beroep op hen gedaan wordt (eisen van de behandeling) bijdraagt aan therapeutische verandering.

Door Kazdin e.a. (2005, 2006) wordt van kind-therapeut en ouder-therapeut alliantie gesproken in de betekenis van de kwaliteit van de interactie tussen kind of ouder en de therapeut, de mate van samenwerking met het oog op de taken en doelen en de persoonlijke band tussen kind of ouder en de therapeut. De kwaliteit van de kind-therapeut alliantie is positief gerelateerd aan therapeutische verandering (Kazdin e.a., 2005; Kazdin e.a., 2006). Deze studies tonen tevens aan dat veranderingen in het gedrag van het kind gerelateerd zijn aan de kwaliteit van de alliantie tussen ouders en therapeut (Kazdin e.a., 2005; Kazdin e.a., 2006).

Kruzich e.a. (2003) tonen een deel van de samenhang tussen de vraaggerichte houding van de hulpverlener en de participatie van cliënten aan in hun studie naar participatie in de (semi) residentiële behandeling van kinderen. Het ontbreken van open communicatie (o.a. over het leerplan en de behandelplanning) en het ontbreken van kansen en aanmoedigingen om te participeren in de behandeling van het kind werden vaak genoemd als barrières om te participeren. Het gebrek aan communicatie tussen professionals in verschillende hulpverleningsprogramma's en de afstand tot de zorgverlenende instantie werden het meest genoemd als barrière. Als participatie bevorderende factoren werd het meest genoemd, het benaderen van ouders bij problemen of zorgen omtrent het kind. Daarnaast werd het aanstellen van

een contactpersoon vaak genoemd. De participatiebevorderende factoren blijken positief gerelateerd aan tevredenheid (Kruzich e.a., 2003).

Landsman e.a. (2001) doen verslag van een studie met betrekking tot het REPARE model, een innovatief demonstratieproject voor gezinsgerichte residentiële behandeling. In dit programma worden gezinnen als partners beschouwd in de residentiële behandeling tot en met de nazorg en in het flexibele aanbod van hulpverlening aan huis en wijkgerichte ondersteunende voorzieningen. De empowerment van het gezin wordt vergroot door het plannen van afspraken op momenten dat het het gezin uitkomt, het gezin te beschouwen als een teamlid, het vergroten van de aanwezigheid van het gezin in de residentiële unit en door praktische ondersteuning. In een quasi-experimentele studie bleek het REPARE model succesvoller te zijn dan de traditionele residentiële hulpverlening in het realiseren van stabiele uitkomsten voor kinderen op lange termijn. Het programma was trouw aan het onderliggende model, door het vergroten van het gezinscontact en het verkorten van de verblijfsduur (Landsman e.a., 2001).

Participatie van gezinnen met kinderen die te kampen hebben met emotionele en gedragsstoornissen in oudersupport-groepen, heeft een substantieel positief effect op de empowerment van gezinnen (Singh & Curtis, 1997). Volgens Singh en Curtis zou het daarom een prioriteit van professionals in de geestelijke gezondheidszorg moeten zijn om cliënten deel te laten nemen aan oudersupportgroepen. Het onderzoek concentreerde zich op veranderingsgezindheid, kennis, competentie en zelfoplossend vermogen van het gezinssysteem en toonde dat moeders een hogere mate van empowerment bereikten dan vaders (Singh & Curtis, 1997).

Dunst e.a. (2002) bestudeerden in verschillende soorten hulpverleningsprogramma's de mate waarin hulpverleningsactiviteiten geassocieerd zijn met participatie. De programma's werden gecategoriseerd als professionalgericht, gezinsverwant of gezinsgericht (geen van de programma's was gezinsgecentreerd). Deelnemers aan de programma's beoordeelden het gedrag van hun hulpverlener in participatieve hulpverleningsactiviteiten en in relationele hulpverleningsactiviteiten. Op basis van de uitkomsten van hun studie waren Dunst e.a. in staat om een onderscheid te maken in hulpverlenersgedrag, beoordeeld door ouders voor drie verschillende modellen van gezinsgerichte hulpverlening. Professionalgecentreerde programma's scoorden laag in het toepassen van relationele en participatiebevorderend hulpverlenend handelen; hulpverleners in gezinsverbonden programma's gebruikten relationele hulpverleningsactiviteiten vaker dan participatiebevorderende activiteiten; hulpverleners in gezinsgerichte programma's werden positief beoordeeld op het toepassen van beide soorten activiteiten (Dunst e.a., 2002). In het tweede deel van de studie werd duidelijk dat ouders die deelnamen aan gezinsgerichte programma's vaker aangaven dat professionals hulpverleningsactiviteiten toepassen die actieve participatie van ouders in het mobiliseren van hulpbronnen en steun bevordert. Dit is gerelateerd aan verbeterd functioneren van de ouders en

van het gezin. De participatiebevorderende hulpverleningsactiviteiten en niet de relationele activiteiten waren gerelateerd aan variaties in de gezinsgerichtheid van de programma's. Dunst e.a. benadrukken het belang van participatiebevorderende hulpverleningsactiviteiten en waarschuwen ervoor om niet teveel voordelen toe te schrijven aan goede relationele hulpverleningsactiviteiten (Dunst e.a., 2002).

Koren en Paulson (1997) benadrukken het belang van de coördinatie van hulpverlening. Samenwerking tussen instellingen en professionals wordt gezien als één van de primaire middelen om te voorzien in alle behoeften van het kind. Betrokkenheid van gezinnen in de planning van gecoördineerde voorzieningen en in het tussentijds toetsen van de samenwerking is eveneens van belang (Koren & Paulson, 1997). De auteurs presenteren een programma voor een hulpverleningssysteem waarin de overtuiging is ingebed dat gezinnen zelf het recht hebben om beslissingen te maken over de zorg aan hun kinderen en de erkenning dat gezinnen een unieke en brede kijk hebben op het hulpverleningsproces (the Child and Adolescent Service System Program (CASSP)). Het onderzoek dat Koren en Paulson hebben uitgevoerd, bevestigt de gangbare aanname dat voorzieningen moeilijker te coördineren zijn voor kinderen met ernstige problemen. Gezinnen met een hogere mate van participatie zijn geneigd om voorzieningen als meer gecoördineerd te beschouwen. De veronderstelling is dat gezinsleden die een sterke, actieve rol spelen in de gesprekken over de planning van de hulpverlening, tevens het belang van coördinatie tussen hulpverleners benadrukken, wat vervolgens leidt tot verbeterde coördinatie (Koren & Paulson, 1997). Zorgcoördinatie liet een sterkere relatie met overall tevredenheid zien, dan betrokkenheid van het gezin en tevredenheid met individuele onderdelen van de zorg. In relatie tot een adequate beoordeling van tevredenheid benadrukken Koren en Paulson het belang om niet alleen individuele onderdelen van de geleverde zorg in beschouwing te nemen, maar ook na te gaan hoe goed de onderdelen gecoördineerd zijn.

Vatten we het voorgaande samen, dan blijkt in de residentiële context het participatiebevorderend hulpverlenend handelen onthechting bij kinderen tegen te gaan. Ouderlijke betrokkenheid bij de behandeling blijkt van invloed op het naar huis terugkeren van het kind. Betrokkenheid is tevens van invloed op tevredenheid van ouders met de zorg en op positieve veranderingen in het gedrag van het kind. Betrokkenheid gedefinieerd als aanwezigheid van ouders bij behandelsessies van het kind, is niet per definitie gerelateerd aan de door het kind geboekte vooruitgang. Het is daarnaast niet vanzelfsprekend dat instellingen betrokkenheid door ouders bij de behandeling van hun kind bevorderen. Meer samenwerking in de behandelplanning tussen ouders en hulpverleners voorspelt betere naleving van de behandeling. Het ervaren van weinig barrières voor participatie in de behandeling werkt als een protectieve factor. In het bijzonder blijkt de kwaliteit van de alliantie tussen kind en therapeut en ouders en therapeut positief gerelateerd te zijn aan therapeutische verandering. Bij een toename van ervaren barrières voor participatie neemt de the-

rapeutische verandering en tevredenheid af. Gezinsgerichte residentiële behandeling waarin hogere niveaus van participatie gerealiseerd worden, blijkt succesvoller dan traditionele residentiële hulpverlening. Ook participatie van gezinnen in niet-residentiële vormen van hulpverlening heeft een positief effect. Het functioneren van ouders en gezinnen verbetert wanneer hulpverleners actieve participatie van ouders ook in de planning en coördinatie van voorzieningen bevorderen.

2.3.4 Vraaggerichte houding hulpverlener

Vier studies (Friesen e.a., 1992; Petr & Allen, 1997; Solomon e.a., 1992; Trivette e.a., 1995) leggen specifiek de nadruk op de vraaggerichte attitude van professionals. Uit deze studies komt naar voren, dat het voor ouders van kinderen met specifieke behoeften en voor ouders van kinderen met emotionele en gedragsproblemen van belang is, dat het hulpverlenend handelen van professionals bestaat uit luisteren naar ouders en hen respecteren als teamleden die besluiten nemen (Petr & Allen, 1997). Ook uit het onderzoek van Friesen e.a. (1992) komt naar voren dat het in het gedrag van hulpverleners in relatie met ouders van kinderen met emotionele stoornissen van belang wordt geacht, dat ouders in de besluitvorming worden betrokken en dat de hulpverleners eerlijk en ondersteunend zijn en een niet verwijtende attitude hebben. Gezinnen met kinderen die opgenomen geweest zijn in de psychiatrische zorg beschrijven een goede hulpverlener als iemand die nauwkeurig luistert, die hen helpt om concrete en werkbare doelen te behalen, die hen respecteert en hen als partners in de behandeling beschouwt, hun heldere en betekenisvolle informatie geeft en als iemand die klinische expertise laat zien door hen te helpen in het oplossen van hun problemen (Solomon e.a., 1992).

In het onderzoek van Trivette e.a. (1995) naar hulpverlenend handelen in relatie tot de betrokkenheid van kinderen en gezinnen in de hulpverleningsprogramma's werden ouders van kinderen met beperkingen en kinderen die risico lopen op ontwikkelingsachterstanden gevraagd om aan te geven wat de kenmerken waren van het hulpverlenersgedrag van de hulpverlener waarmee ze contact hadden. Het hulpverlenersgedrag waar naar gevraagd werd omvat o.a. actief luisteren, besluitvorming door de cliënt, het vergroten van competenties, oplossingsgericht hulpverlenen, eerlijkheid en betrouwbaarheid van de hulpverlener, samenwerking tussen de hulpverlener en de cliënt. Hulpverleners van de meer gezinsgerichte programma's die frequenter contact hadden met de cliënten ontvingen een positievere beoordeling over hun hulpverlenend handelen. Daarnaast toont de studie dat empowerment bevorderende hulp de participatie van ouders vergroot. Ouders deden verslag van de ervaring in hogere mate controle te hebben over het contact met de hulpverlener wanneer de hulpverlener empowerment bevorderend handelde (Trivette e.a., 1995).

2.4 Conclusie

Een eenduidige definitie van vraaggericht werken ontbreekt. De eerste vraag in deze studie, uit welke elementen vraaggericht werken is opgebouwd, kan beantwoord worden door uit omschrijvingen en definities de gemeenschappelijke kernelementen te destilleren. De vraaggerichte benadering omvat een drietal aspecten. Vraaggericht werken impliceert dat de hulpvraag van de cliënt centraal staat, dat cliënten in hoge mate participeren en dat hulpverleners een vraaggerichte houding aan de dag leggen. Deze elementen hangen met elkaar samen.

Uit de literatuur wordt duidelijk dat een goede relatie tussen professionals en cliënten het resultaat is van zowel therapeutische technieken als cliëntparticipatie. Tegelijkertijd vormt een goede relatie een drijfveer voor de professional om zijn of haar technieken effectief in te zetten en door een goede relatie wordt de cliënt gestimuleerd om actief betrokken te zijn in de therapie. Specifiek wordt benadrukt dat de participatie van de cliënt en de inbreng van de professionele expertise door de hulpverlener, inclusief de vraaggerichte houding, belangrijke elementen betreffen die onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn.

Hoe vraaggerichte hulpverlening concreet vorm krijgt, wordt helder in de beschrijving van gezinsgecentreerde hulpverlening van Dunst e.a. (1991). In gezinsgecentreerde hulpverlening bepalen de behoeften en wensen van het gezin alle aspecten van de hulpverlening. Dit betekent concreet een drietal zaken: de zorgen van het gezin en hun vragen en behoeften zijn leidend voor het proces waarin de situatie van het gezin ingeschat of beoordeeld wordt, in het individuele behandelplan van het gezin wordt niets beschreven zonder toestemming van het gezin en de behoeften en de levensstijl van het gezin bepalen de rol van de professionals. De professionals worden gezien als instrument van de gezinnen en niet andersom. Professionals handelen zodanig dat besluiten door het gezin genomen worden en dat de capaciteiten en competenties van het gezin maximaal gestimuleerd worden. De hulpverleningsactiviteiten zijn bijna volledig op de krachten en competenties van het gezin gebaseerd en de geboden hulp heeft primair als doel de mogelijkheden van het gezin te versterken om informele en formele netwerken van hulpbronnen te bevorderen die in de behoeften van het gezin kunnen voorzien (Dunst e.a., 1991). Hulpverlening die op deze wijze ingericht wordt, bevindt zich op de participatieladder van Thoburn e.a. (1995) op de niveaus waarbij de cliënt geheel en sterk bepalend is.

De tweede vraag die in dit hoofdstuk centraal staat, betreft de empirische onderbouwing voor het vraaggericht werken in de jeugdzorg. Deze onderbouwing is aanwezig. Wat betreft het centraal stellen van de vraag van de cliënt blijkt dat aandacht voor de behoeften en de daaruit voortvloeiende doelen betere resultaten genereert. De GAS methode is een geschikte aanpak om de aandacht bij de doelen te houden

en deze op het gewenste niveau of een hoger niveau te behalen. Cliëntgerichtheid, waaronder vraaggerichtheid, blijkt een consistente voorspeller van behandel-effectiviteit.

Wat betreft studies naar de mate van participatie van cliënten blijkt, dat de meeste studies die in onderhavig onderzoek gevonden werden een definitie van participatie toepassen waarin verwezen wordt naar de lagere niveaus van participatie zoals op de ladder van participatie benoemd. Participatie wordt veelal afgeleid uit de aanwezigheid van cliënten tijdens de behandeling en zodoende gerelateerd aan vormen van participatie op relatief lage niveaus van de participatieladder van Thoburn e.a. (1995).

Participatie blijkt positief van invloed op uitkomsten van de hulpverlening. Uit de studies waarvan verslag gedaan wordt, blijkt dat specifiek in de residentiële context het bevorderen van participatie onthechting tegengaat en dat betrokkenheid van ouders bij de behandeling van invloed is op het naar huis terugkeren van het kind. Betrokkenheid is tevens van invloed op tevredenheid van ouders met de zorg en op positieve veranderingen in het gedrag van het kind. Het blijkt niet vanzelfsprekend dat instellingen betrokkenheid door ouders bij de behandeling van hun kind bevorderen. Hoewel betrokkenheid niet per definitie gerelateerd is aan vooruitgang bij het kind, is dit gebrek aan het bevorderen van betrokkenheid door instellingen een gemis, want meer samenwerking in de behandelplanning tussen ouders en hulpverleners voorspelt betere naleving van de behandeling. Het ervaren van weinig barrières voor participatie in de behandeling werkt als een protectieve factor. Bij een toename van ervaren barrières voor participatie neemt de therapeutische verandering en tevredenheid af.

De participatie van cliënten wordt bevorderd door een vraaggerichte houding van de hulpverlener. Wat betreft dit element van vraaggericht werken levert onderzoek heldere aanknopingspunten voor hulpverleners om invulling te geven aan een vraaggerichte houding. Professionals dienen echter getraind en ondersteund te worden om zich een vraaggerichte houding eigen te maken (zie ook Baker, Heller, Blacher, & Pfeiffer, 1995).

De bewijskracht van de uitkomsten van onderzoek dat vraaggericht werken onderbouwt, komt voort uit overwegend niet-experimentele of pre-experimentele studies. Slechts drie quasi-experimentele studies en twee experimentele studies werden gevonden. Hoewel de bewijskracht van experimenteel onderzoek sterker is, is het niet-experimentele onderzoek mogelijk van belang vanwege mediërende processen die in deze studies centraal staan. Deze worden mogelijk de voornaamste onderwerpen voor de ontwikkeling van toekomstige gezinsgerichte interventies (Hoagwood, 2005).

Veel van de behandelde studies hebben betrekking op residentiële zorg. Dit zou verklaard kunnen worden doordat het belang van participatie in dit type zorg wel-

licht hoger op de agenda staat. Een mogelijke verklaring zou tevens kunnen zijn, dat in deze sector minimale vormen van participatie reeds een innovatie betekenen en om die reden eerder onderwerp van onderzoek zijn. Het zou ook zo kunnen zijn dat het in dit type zorg meer voor de hand ligt om participatie te onderzoeken. Ambulante jeugdzorg is in mindere mate vertegenwoordigd in het overzicht van onderzoek naar vraaggerichte hulpverlening.

Meer onderzoek naar (ambulante) jeugdzorg is noodzakelijk om te ontdekken wat de invloed is van een vraaggerichte benadering op de uitkomsten van de hulpverlening en daarmee, wat de invloed is op het leven van gezinnen die gebruik maken van de hulpverlening.

3

Opzet VraaG-onderzoek

3.1 Introductie

Het VraaG-onderzoek¹ behelst de programma-evaluatie van het programma Gezin Centraal. Dit is een vraaggericht en gezinsgericht programma waarmee geïndiceerde jeugdzorg geboden wordt aan gezinnen met vragen op het gebied van opvoeden en opgroeien van kinderen. Het programma Gezin Centraal is door Cardea Jeugdzorg opgezet met als doel de organisatie zodanig in te richten dat ze uitvoering kan geven aan een flexibel, vraaggericht aanbod met transparante processen en een duidelijk gezicht voor de cliënt.

In de beschrijving van de opzet van het onderzoek naar Gezin Centraal wordt allereerst in paragraaf 3.2 het programma nader toegelicht, waarna de doelen en de vraagstelling van het onderzoek beschreven wordt (3.3). In paragraaf 3.4 wordt de methode van dataverzameling toegelicht. Aansluitend komen de respondenten van het onderzoek, het instrumentarium en de data-analyse aan bod (3.5 tot en met 3.7).

¹ In 'Gezin Centraal' wordt vraaggericht en gezinsgericht gewerkt. Om deze twee aspecten in de naam van het onderzoek naar voren te laten komen, schrijven we zowel de 'V' als de 'G' in VraaG-onderzoek met hoofdletters.

3.2 Gezin Centraal

Het programma Gezin Centraal is uitgewerkt in een aantal uitgangspunten en daaruit voortkomende doelstellingen. Het vraaggericht werken waarin de hulpvraag van de cliënt centraal staat, cliënten in hoge mate participeren en hulpverleners een vraaggerichte houding aan de dag leggen, zijn de drie centrale procesmatige uitgangspunten die de programmatheorie van Gezin Centraal karakteriseren.

3.2.1 Theoretische uitgangspunten

De uitgangspunten van Gezin Centraal worden als volgt omschreven (Van Bommel, Bolt, & Tacq, 2002):

De vraag centraal: een vraaggestuurd aanbod. De hulpvraag van de cliënt is bepalend voor het aanbod van de organisatie. Dat betekent dat de hulp flexibel en op maat aangeboden kan worden. Het aanbod wordt opgedeeld in kleine zorgeenheden, in modules en activiteiten, zodat per cliënt afhankelijk van zijn vraag, een bepaalde combinatie van hulpvormen gerangschikt kan worden.

De organisatie is in haar wijze van organiseren en in de stijl van leidinggeven ook vraaggestuurd. De mening en beleving van de cliënt over de ontvangen hulp, de bejegening door hulpverleners en de organisatie, zijn beleidsbepalend. Daarnaast verloopt de wijze waarop leidinggevend, gedragswetenschappers en hulpverleners samenwerken parallel aan de wijze waarop de hulpverlener met de cliënt samenwerkt.

Het vraaggestuurde werken wordt in het primaire proces zichtbaar doordat het vaststellen van doelen en middelen in samenspraak met de cliënt plaatsvindt. Doelen kunnen tussentijds aangepast worden en ook de hulpvraag van cliënten kan aan verandering onderhevig zijn. In Gezin Centraal dient hierop ingespeeld te worden.

Participatie van de cliënt: empowerment en sturing bij cliënten. Cliënten worden beschouwd als samenwerkingspartners die de sleutel tot verbetering van hun omstandigheden zelf in de hand hebben. De hulpverlening is erop gericht zelfsturing bij de cliënten te bevorderen in de overtuiging dat zij zelf in staat zijn hun leven positief te beïnvloeden. De cliënt wordt gezien als de deskundige op het gebied van zijn eigen leven. De begeleiding is gericht op het vergroten van het oplossend vermogen van de cliënt. Gezamenlijk voeren cliënt en hulpverlener de regie over de hulpverlening. De hulpverlener heeft een coachende, ondersteunende en adviserende rol. Dit stelt de cliënt in staat zelf te definiëren wat het probleem of de hulpvraag is en zelf zijn doelen te stellen. De cliënt werkt zelf aan het realiseren van zijn doelen en evalueert zijn eigen inspanningen.

Vraaggerichte houding hulpverlener: vraaggerichte methodiek. Het vraaggerichte programma Gezin Centraal krijgt primair vorm in de attitude en het hulpverlenend

handelen van de hulpverleners. Gezinsbegeleiders en coaches werken nauw samen. De gezinsbegeleiders en coaches hebben een direct en nauw samenwerkingscontact met ouders. Hierbij is de werkwijze gericht op het vergroten van zelfsturing en op 'empowerment' bij de ouders.

De thuissituatie, het dagelijks leven van het aangemelde kind en zijn gezin is het punt van vertrek bij de keuze van het hulpaanbod. De hulp van een module kan zich richten op het hele gezin, een subsysteem binnen het gezin en/of een enkel gezinslid. De einddoelen van de hulp zullen altijd betrekking hebben op het gezin als geheel.

Dit 'normaliseren' van de hulp wordt zichtbaar door hulpverlening te organiseren die zo kort, zo licht en zo dichtbij huis als mogelijk is. In de uitvoering van de hulp wordt het normaliseren zichtbaar als het netwerk van het cliëntsysteem wordt benut en geactiveerd bij het zoeken naar antwoorden op de hulpvragen.

Op de participatieladder van Thoburn e.a. (1995) kan Gezin Centraal op basis van de beschreven methodiek gepositioneerd worden op hoogste niveaus van participatie (sterk tot geheel bepalend). De methodiek appelleert aan gezinsgecentreerde hulpverlening zoals Dunst e.a. (1991) gedefinieerd hebben: de behoeften en wensen van het gezin bepalen alle aspecten van de hulpverlening; de gezinsbegeleider en coach worden gezien als instrument van het gezin; de hulpverleningsactiviteiten zijn bijna volledig op de krachten van het gezin gebaseerd en de geboden hulp heeft als doel de mogelijkheden van het gezin te versterken.

Er worden drie concrete aspecten van een vraaggerichte organisatie in het experimentele programma Gezin Centraal onderscheiden (Knorth e.a., 2003; Van Bommel e.a., 2002):

- *De ingang:* Hulpvragenden kunnen terecht op een herkenbare plaats voor ondersteuning en begeleiding door Cardea Jeugdzorg. Gezinsbegeleiders zijn beschikbaar om samen met de cliënten hun hulpvraag te expliciteren.
- *Intensieve gezinsbegeleiding (IGB) als centrale module:* De gezinsbegeleider die bij de ingang gekoppeld is aan een gezin, blijft gedurende het gehele hulptraject verbonden aan het gezin. De functie van de gezinsbegeleider is tweeledig. Allereerst draagt deze zorg voor een goede afstemming tussen de vragen en wensen van het gezin enerzijds en het hulpaanbod binnen het programma anderzijds. Daarnaast werkt hij met het gezin in de thuissituatie gericht aan de overeengekomen hulpverleningsdoelen.
- *Modulair werken:* Om het aanbod op maat te kunnen bieden vormen de residentiële hulp, dagbehandeling en intensieve gezinsbegeleiding modules die uitgewerkt worden in activiteiten.

3.2.2 Doelgroep Gezin Centraal

Gezinnen die in de regio Katwijk woonachtig zijn kunnen zich via Bureau Jeugdzorg voor Gezin Centraal aanmelden. De doelgroep van Gezin Centraal bestaat uit gezinnen met kinderen tussen de 6 en 14 jaar oud met hulpvragen op het gebied van opvoeden en opgroeien van kinderen. De bedoeling is dat het hier gaat om de ‘gewone’ doelgroep van de jeugdzorg, zoals die in veel instellingen is aan te treffen. De hulpvragen hebben betrekking op minstens één van de volgende gebieden (Van Bemmelen e.a., 2002):

- *De opvoeding*: bijvoorbeeld vragen over omgaan met lastig gedrag, het verbeteren van bepaalde opvoedingsvaardigheden of het verbeteren van de interactie tussen ouders en kinderen in het gezin.
- *Het functioneren van (één van) de ouders*: bijvoorbeeld het verbeteren van de samenwerking tussen ouders, omgaan met echtscheidingsproblematiek, hanteren van individuele problematiek van ouders die van invloed is op de relatie met hun kinderen.
- *Gedragsproblemen bij (één van) de kinderen*: bijvoorbeeld het hanteren van specifiek probleemgedrag of stoornissen bij het kind, het kind ondersteunen bij de verwerking van traumatische gebeurtenissen en rouw.
- *Omstandigheden*: bijvoorbeeld rond het gezin en in het netwerk die van invloed zijn op het dagelijks leven van het gezin en het functioneren van de ouders en kinderen.

Er zijn hulpvragen en gezinsomstandigheden die om een andere, meer geschikte vorm van hulp dan Gezin Centraal vragen, zogeheten contra-indicaties (Van Bemmelen e.a., 2002):

- *Gezinscrisis*: gezinnen die in een acute crisis terecht zijn gekomen waarbij een intensieve vorm van crisishulp noodzakelijk is.
- *Individuele crisis*: omstandigheden waarbij gezinsleden in een ernstige individuele of psychische crisis zijn geraakt waarbij intensieve psychiatrische of medische hulp noodzakelijk is.
- *Psychiatrische problematiek*: ernstige psychiatrische problematiek, verslavings- of gedragsproblematiek bij kinderen waarbij meer specialistische voorzieningen beter de noodzakelijke veiligheid en structuur kunnen bieden.
- *Verstandelijke beperking*: gezinnen met hulpvragen over een kind met een verstandelijke beperking.

In geval van verslaving, psychiatrische problematiek bij één van de ouders of het kind, zwakbegaafdheid van de ouder(s) of een recente ernstige traumatische situatie dient Gezin Centraal gezamenlijk met andere vormen van (specialistische) hulp te worden aangeboden.

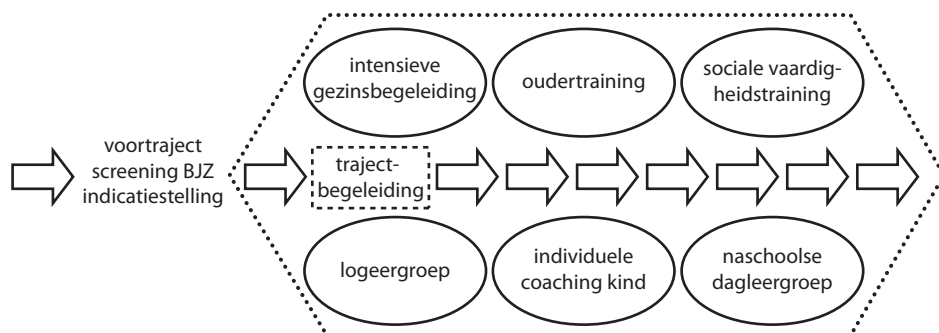
3.2.3 Intensieve gezinsbegeleiding

Elk aangemeld gezin start met intensieve gezinsbegeleiding (IGB), een vorm van ambulante hulp aan het gezin, als basismodule. De gezinsbegeleider blijft tot het einde van het traject verbonden aan het gezin. De begeleiding kan in duur variëren van enkele maanden tot een jaar of langer. Per gezin kan de hulp in intensiteit variëren van lichte begeleiding, bijvoorbeeld één bezoek in twee weken, tot intensievere varianten waarbij de gezinsbegeleider meerder malen per week het gezin bezoekt (Bolt, 2006). Er ligt geen standaardprogramma ten grondslag aan de IGB. De begeleiding sluit aan bij wat de ouders en de kinderen zelf belangrijk vinden. De IGB is grofmazig opgebouwd uit drie fasen (Van Bemmelen e.a., 2002):

- *Startfase:* Tijdens de startfase staan hulpvraagverduidelijking, inventariseren van sterke kanten en problemen, formuleren van doelen en het doen van een aanbod van modules en activiteiten centraal.
- *Veranderingsfase:* Aan de hand van concrete en haalbare doelen en werkpunten wordt in deze fase stapsgewijs toegewerkt naar een door het gezin gewenste situatie. Er is een nauw samenspel tussen de gezinsbegeleiding en de begeleiding door de hulpverleners van de andere modules. Maandelijks wordt de hulp in een 'driehoeksgesprek' tussen ouders, gezinsbegeleider en mentor van de dagleergroep of De Kim geëvalueerd.
- *Afrondingsfase:* Deze fase van het programma Gezin Centraal breekt aan op het moment dat alle modules zijn afgerond behalve de ambulante modules zoals IGB en individuele coaching. De gezinsleden worden door de gezinsbegeleider gestimuleerd gebruik te maken van de handvaten en oplossingsstrategieën die ze hebben ontdekt gedurende de begeleiding.

De IGB wordt in het kader van het programma Gezin Centraal in de Campus Katwijk aangeboden en richt zich op kinderen van 6–12 jaar en hun ouders.

Er zijn drie programmavarianten mogelijk. Als de IGB het enige hulpaanbod aan het gezin is, dan is er sprake van uitsluitend ambulante hulpverlening. IGB kan ook in combinatie met plaatsing in een dagleergroep of residentiële hulpverlening worden aangeboden, al dan niet aangevuld met ambulante trainingen (figuur 3.1).



Figuur 3.1: Opbouw programma Gezin Centraal

3.2.4 Dagleergroep

De hulpverlening in de naschoolse dagleergroep wordt in het kader van het programma Gezin Centraal in de Campus Katwijk aangeboden en richt zich op kinderen van 6–12 jaar en hun ouders. De dagleergroep biedt daghulp in de vorm van een dagprogramma dat past bij de situatie van het gezin. Binnen het programma worden door pedagogisch medewerkers groepsactiviteiten aangeboden die gericht zijn op het trainen van specifieke vaardigheden en de ontwikkeling van kinderen in het algemeen. In de dagleergroep heeft elk kind een eigen mentor. De mentor is ook contactpersoon voor de ouders. Het verblijf van een kind op de Campus Katwijk heeft een functie in de training van vaardigheden van kinderen, maar ook een functie van taakverlichting van ouders (Van Bommel e.a., 2002).

De modules individuele coaching, sociale vaardigheidstraining en de oudertraining Opvoeden Zo! (in samenwerking met IGB) worden eveneens in het kader van Gezin Centraal in de Campus Katwijk aangeboden.

3.2.5 Logeerhuis

Het residentieel logeerhuis De Kim is gevestigd in Leiden en biedt dag- en nachthulp. De doelgroep van De Kim bestaat uit kinderen van 6–14 jaar en hun ouders. Een kind logeert gedurende een bepaalde periode een aantal dagen per week in De Kim. Het verblijf is tijdelijk en zo kort mogelijk. De Kim biedt een gestructureerde leef- en leeromgeving waarin het kind veel mogelijkheden heeft om te oefenen met sociale vaardigheden. Elk kind heeft een eigen mentor. De mentor is ook contactpersoon voor de ouders. Gedurende het verblijf bij De Kim is er een zeer intensieve samenwerking met de ouders (Van Bommel e.a., 2002).

Naast de logeergroep De Kim worden vanuit deze locatie de modules individuele coaching, sociale vaardigheden en de oudertraining Opvoeden Zo! (in samenwerking met IGB) aangeboden.

3.3 Onderzoek naar Gezin Centraal

Naar het programma Gezin Centraal wordt sinds 2002 evaluatieonderzoek gedaan. Het eerste deel van het onderzoek besloeg een theoretische verkenning en nadere onderbouwing van vraaggericht werken in de jeugdzorg (Knorth e.a., 2003). Het tweede deel van het onderzoek betrof de interne evaluatie van het eerste jaar dat Gezin Centraal uitgevoerd werd (Bolt, 2003). Het onderhavige onderzoek betreft deel drie van het evaluatieonderzoek naar Gezin Centraal.

3.3.1 Vraagstelling

De algemene vraagstelling die ten grondslag ligt aan de programma-evaluatie is tweeledig en luidt:

Hoe verloopt de hulpverlening aan 6–14 jarigen bij het programma Gezin Centraal, en welke resultaten worden daarmee gehaald in vergelijking met gebruikelijke hulpverlening?

Het eerste deel van de algemene vraagstelling heeft betrekking op de *doelgroep* en het *proces* van de hulpverlening en wordt beantwoord door middel van de deelvragen:

1. Welke cliënten maken gebruik van de hulpverlening? Gezin Centraal beoogt de ‘gewone’ jeugdzorgcliënten te bereiken. Is dat daadwerkelijk gebeurd?
2. Waaruit bestaat de hulp die cliënten feitelijk ontvangen? Onderscheidt zich dit van de ‘gewone’ jeugdzorg (niet Gezin Centraal) bij een soortgelijke doelgroep?
3. Hoe verloopt het hulpverleningsproces? Onderscheidt ook dit zich van de ‘gewone’ jeugdzorg (niet Gezin Centraal) bij een soortgelijke doelgroep?

Het tweede deel van de algemene vraagstelling heeft betrekking op *indicaties voor effectiviteit* van de hulpverlening en wordt beantwoord door middel van de deelvragen:

- 4 In welke mate zijn de inhoudelijke hulpverleningsdoelen bereikt?
- 5 In welke mate is het probleemoplossend vermogen van cliënten vergroot?
- 6 In welke mate zijn belanghebbenden tevreden over de hulp?

Verondersteld wordt dat een consequente toepassing van principes van vraaggericht werken, en daarmee samenhangend principes van competentiegericht, doelgericht en gezinsgericht werken (Bolt, 2003; Knorth e.a., 2003), aantoonbaar bijdraagt aan het verminderen of beter hanteerbaar maken van de problematiek van het cliëntsysteem (jeugdige en gezin), en aan de realisatie van de gestelde hulpdoelen. Aanname is dat de bij aanvang geëxpliciteerde hulpvraag (Van Yperen & De Ruyter, 2001) het centrale richtsnoer vormt voor het feitelijk geleverde hulpaanbod, en dat deze hulpvraag aan het eind van het programma in afdoende mate is beantwoord. Verwacht wordt dat de resultaten van het programma gunstiger zullen zijn, naarmate het beter lukt de genoemde methodische principes tot uitvoering te brengen.

3.3.2 Programma-evaluatie

De evaluatie van het programma Gezin Centraal is voor een belangrijk deel proces-onderzoek aangezien bekeken wordt hoe het programma Gezin Centraal er in feite heeft uitgezien, wat de bestanddelen ervan waren en of Gezin Centraal zodanig is uitgevoerd als men zich had voorgenomen (Van Gageldonk & Bartels, 1990).

Het onderzoek is opgezet conform een 'pre-test – intervention – posttest' design met vergelijkingsgroepen (Knorth & Van den Bergh, 2003). Er is geen sprake van random toewijzing van cliënten (gezinnen) aan verschillende interventiecondities. Van vergelijkingsgroepen wordt gebruik gemaakt om na te gaan of de doelgroep die Gezin Centraal bereikt geen uitzonderlijke doelgroep is, maar één die overeenkomt met de doelgroep van gebruikelijke hulpverlening. Daarnaast heeft het betrekken van vergelijkingsgroepen in het onderzoek tot doel om na te gaan of de methode van het programma Gezin Centraal zich onderscheidt van gebruikelijke hulpverlening buiten de 'proeftuin', maar binnen de eigen organisatie (interne vergelijkingsgroep; Cardea Jeugdzorg Leiden e.o.), en of het programma zich onderscheidt van gebruikelijke hulpverlening buiten de eigen organisatie (externe vergelijkingsgroep; Stichting Jeugdformaat, Jeugdhulpteam Delft).

3.4 Methode van dataverzameling

Voor een goede informatievoorziening aan de betrokkenen (pedagogische medewerkers, gezinsbegeleiders, teamleiders, sectormanagers) bij het onderzoek van

Cardea Jeugdzorg en Stichting Jeugdformaat, werd bij aanvang van het onderzoek een handboek opgesteld (Metselaar & Van Beek, 2004). In het handboek werd de opzet en de werkwijze van het onderzoek voor betrokken professionals nader toegelicht.

3.4.1 Werkwijze bij aanvang van de hulpverlening

Voor gezinsbegeleiders werd in het handboek een instructie opgenomen voor de introductie van het onderzoek bij de gezinnen die zij begeleiden. Bij aanvang van het onderzoek was het de idee dat de gezinsbegeleiders in gesprek met ouders het onderzoek introduceerden en dat zij aan hen de vragenlijsten voorlegden. Een belangrijk uitgangspunt van het onderzoek was dat de informatie die uit de vragenlijsten naar voren komt niet alleen voor het onderzoek gebruikt wordt, maar ook bij de start en afronding in het primaire proces van de hulpverlening benut wordt (Van Yperen, Veerman, & Bijl, 2008). De informatie uit de vragenlijsten die bij de start ingevuld worden, kan bijvoorbeeld van pas komen in de startfase van de hulpverlening. Daarnaast kan een vergelijking van de start- en eindsituatie op basis van de uitkomsten op de vragenlijsten in een eindgesprek ondersteunend zijn in het benoemen van de behaalde resultaten. Zodoende vormt het gebruik van de instrumenten een relevante aanvulling op de hulpverleningsgesprekken en observaties van de hulpverleners (Pameijer & Van Beukering, 1999; Pameijer, 2001). Om de gezinsbegeleiders en de gedragswetenschappers die de gezinsbegeleiders op hun beurt begeleiden van dienst te zijn, is een handout opgesteld. In deze handout zijn op basis van de handleidingen van de instrumenten voorbeelden van ingevulde vragenlijsten opgenomen en nader toegelicht (Metselaar, 2007).

De teamleider verdeelde de aangemelde gezinnen over de beschikbare gezinsbegeleiders. Hij informeerde tevens de onderzoeker hierover. De onderzoeker stuurde de betreffende gezinsbegeleider een brief met het verzoek om het onderzoek onder de aandacht van de cliënt te brengen en een tweetal mapjes vragenlijsten toe, één voor de gezinsbegeleider en één voor het gezin.

Na een jaar data verzamelen bleek dat het aantal gezinnen dat deelnam aan het onderzoek beperkt was. In gesprek met gezinsbegeleiders en teamleiders werd duidelijk dat één van de redenen hiervoor gevonden werd in het feit dat gezinsbegeleiders zich soms bezwaard voelden om het onderzoek onder de aandacht te brengen van gezinnen. Hun verwachting was dat het van de gezinnen een te grote inspanning zou vragen om de vragenlijsten in te vullen. De overtuigingskracht waarmee de gezinsbegeleiders het belang van het onderzoek onder de aandacht van de gezinnen bracht was daardoor beperkt. Een andere reden die aangedragen werd voor de beperkte deelname van gezinnen aan het onderzoek was dat gezinsbegeleiders het als arbeidsintensief ervoeren om bij aanvang van de hulpverlening het onderzoek

onder de aandacht van de cliënt te brengen. Om deze problemen in het vervolg van het onderzoek voor te zijn, is er voor een aangepaste werkwijze gekozen.

Vanaf november 2005 werd kort na het moment dat duidelijk werd dat de hulpverlening aan een gezin zou starten, een informerende brief en het mapje met de betreffende vragenlijsten door de onderzoeker direct aan het gezin per post opgestuurd met de vraag om de lijsten in te vullen en bij het eerstvolgende gesprek met de gezinsbegeleider mee te geven. De respons om deel te nemen aan het onderzoek nam hierna toe. Het was in de nieuwe werkwijze de taak van de gezinsbegeleiders om in geval van het niet invullen van de vragenlijsten door ouders het belang van het invullen van de vragenlijsten mondeling extra onder de aandacht van de gezinnen te brengen. De gezinsbegeleiders hadden daarnaast tot taak bij aanvang van de hulpverlening de vragenlijsten in te vullen die voor hen als hulpverlener bedoeld waren.

3.4.2 Werkwijze tijdens het proces van hulpverlening

De IGB die in het onderzoek onder de loep genomen wordt, betreft niet-geprotocolleerde hulpverlening. Om de toegepaste hulpverlening in kaart te brengen, zijn de gezinsbegeleiders en coaches gevraagd om hun verrichtingen bij te houden. Hier toe kregen de gezinsbegeleiders de Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding (zie verder paragraaf 3.6) en een verrichtingenkaart die de gezinsbegeleiders ten behoeve van de verslaglegging van elk hulpverleningscontact bij hun administratie konden voegen. Bij het afronden van de hulpverlening werd de verrichtingenkaart aan de onderzoeker ingevuld geretourneerd.

De pedagogisch medewerkers doen verslag van hun hulpverlenend handelen tijdens het hulpverleningstraject door hun verrichtingen aan het einde van de dag op de verrichtingenkaart in te vullen. Primair vult de mentor de verrichtingenkaart (waarvan er per kind één beschikbaar is) in, maar ook de overige pedagogisch medewerkers kunnen belangrijke contacten op de verrichtingenkaart aangeven.

Daarnaast werden met betrekking tot het proces van hulpverlening de dossiers van de cliënten geraadpleegd onder meer ten behoeve van het inventariseren van de duur van de hulpverlening en de doelrealisatie.

3.4.3 Werkwijze bij afronding van de hulpverlening

Het moment van afronding van de hulpverlening werd door de gezinsbegeleider aan de onderzoeker bekend gemaakt. Vervolgens werden de vragenlijsten die voor het gezin bestemd waren aan het gezin en de vragenlijsten die voor de gezinsbegeleider bestemd waren aan de gezinsbegeleider toegestuurd met de mogelijkheid voor

gezinnen om de ingevulde lijsten in een gefrankeerde antwoordenvelop terug te sturen. Cliënten kregen als dank voor het invullen van de vragenlijsten bij afronding van de hulpverlening een cadeaubon van 5 euro toegestuurd.

De uitkomsten van de vragenlijsten en de vergelijking tussen de start- en eindsituatie werden aan de gezinsbegeleiders teruggekoppeld opdat zij, na voorbereidend overleg met de gedragswetenschapper, de informatie op hun beurt ter ondersteuning van de (afronding van de) hulpverlening aan het gezin zouden terugkoppelen.

3.5 Respondenten

3.5.1 Experimentele onderzoeksgroep

De experimentele onderzoeksgroep, Gezin Centraal, bestaat uit de gezinnen met een aangemeld kind in de leeftijd van 6–12 jaar die geholpen werden op de Campus Katwijk en bij logeergroep de Kim (gericht op gezinnen met een aangemeld kind in de leeftijd van 6–14 jaar). In de Campus Katwijk is één dagleergroep 6–12 jaar gevestigd. Naast de cliënten die op deze dagleergroep hulp ontvingen, zijn ook ambulante trajecten die vanuit de Campus Katwijk plaatsvinden in het onderzoek betrokken. De reden dat cliënten naar de Campus Katwijk verwezen worden is geografisch bepaald. De Campus Katwijk is binnen de organisatie Cardea Jeugdzorg de ‘proeftuin’ voor het experimentele programma Gezin Centraal (Van Bommel e.a., 2002). De veronderstelling is dat de populatie op deze locatie de ‘gewone’ jeugdzorgpopulatie is waar Gezin Centraal bij past en dat deze zich niet onderscheidt van die op andere locaties en instellingen.

3.5.2 Interne vergelijkingsgroep

Met het oog op de interne vergelijking werd beoogd evenzoveel cliënten bij vergelijkbare afdelingen van Cardea Jeugdzorg te volgen die zich in de postcodegebieden van aan Katwijk grenzende regio's bevinden. De interne vergelijkingsgroep bestaat uit gezinnen met een aangemeld kind in de leeftijd van 6–12 jaar die hulp ontvingen in één van de andere locaties binnen Cardea Jeugdzorg, te weten Campus Lisse, Campus Leiden en Campus Alphen aan den Rijn. De campus Lisse beschikt over één dagleergroep, de campus Leiden beschikt over twee dagleergroepen. Vanuit deze locaties wordt eveneens intensieve gezinsbegeleiding geboden.

Dit is een vorm van ambulante gezinsbehandeling voor gezinnen met kinderen van 0–18 jaar. Er is in deze gezinnen sprake van één of meerdere opvoedingsvragen van de ouders, vaak gecombineerd met ernstige gedrags- en / of ontwikkelingspro-

blemen van de jeugdige. Er kan tevens sprake zijn van slechte communicatie tussen gezinsleden. Bij deze hulp staat het gezin in het middelpunt. Er wordt gekeken naar de omgang en communicatie tussen ouders en kinderen, samenwerking tussen ouders en opvoedingsvaardigheden. Er kan ook aandacht uitgaan naar problemen op school, in de buurt of aan individuele problemen van een ouder in relatie tot het opvoeden van kinderen. De fasering van de gezinsbehandeling is vergelijkbaar met de fasering van de intensieve gezinsbegeleiding van Gezin Centraal. In de startfase worden problemen in kaart gebracht en worden doelen opgesteld. In de veranderfase wordt gewerkt aan de doelen en het verbeteren van de communicatie van de gezinsleden. In de eindfase wordt nagegaan of de doelen gehaald zijn, of de situatie is verbeterd en of het gezin weer op eigen kracht verder kan. Het doel van deze hulpverlening is dat gedragsproblemen van de jeugdige zijn verminderd, dat de communicatie is verbeterd en dat het gezin in staat is om in de toekomst problemen zelf samen op te lossen (“Gezinsbehandeling”, 2011).

3.5.3 Externe vergelijkingsgroep

Om de zorg die in het kader van Gezin Centraal geleverd wordt niet alleen intern te vergelijken, werd Stichting Jeugdformaat gevraagd en bereid gevonden om als externe vergelijkingsinstelling te dienen. Stichting Jeugdformaat en Cardea Jeugdzorg zijn beide zorgaanbieders waar cliënten zich op soortgelijke wijze, na indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg, aanmelden. Cardea Jeugdzorg is als organisatie in vergelijking met Stichting Jeugdformaat kleiner van omvang. Bij Cardea Jeugdzorg worden gemiddeld op jaarbasis 2000 gezinnen geholpen door ruim 400 professionals (“Wat is Cardea?”, 2009), bij Stichting Jeugdformaat betreft dit 4500 cliënten door ruim 750 hulpverleners. Daarnaast worden 800 pleeggezinnen door Stichting Jeugdformaat begeleid (“De organisatie”, 2009).

Stichting Jeugdformaat bedient de doelgroep van gezinnen met kinderen in de leeftijd van 6–12 jaar onder andere vanuit de zogeheten Jeugdhulpteams. Het Jeugdhulpteam in Delft fungeert in het onderhavige onderzoek als externe vergelijkingsgroep.

In het Jeugdhulpteam Delft van Stichting Jeugdformaat wordt ambulante hulp geboden door ambulant hulpverleners². Dit betreffen vergelijkbare professionals als intensieve gezinsbegeleiders zoals bij Cardea Jeugdzorg. In het Boddaert Centrum wordt door mentoren aan kinderen in de leeftijd van 6–12 jaar hulp geboden. Deze

² Omwille van de leesbaarheid worden intensieve gezinsbegeleiders (Cardea Jeugdzorg) en ambulant hulpverleners (Stichting Jeugdformaat) aangeduid met de term ‘gezinsbegeleiders’. Met de termen ‘coaches’ of ‘pedagogisch medewerkers’ worden zowel de coaches van Cardea Jeugdzorg bedoeld, als de mentoren van Stichting Jeugdformaat.

professionals zijn te vergelijken met de coaches op de dagleergroepen bij Cardea Jeugdzorg. De hulpverlening in het Boddaert Centrum in Delft is te vergelijken met de dagleergroepen van Cardea Jeugdzorg (voormalige Boddaert Centra).

De externe vergelijkingsgroep bestaat uit gezinnen die ambulante hulp (hulp in het gezin), en eventueel hulp op het Boddaert centrum krijgen bij het Jeugdhulpteam in Delft dat onderdeel uitmaakt van Stichting Jeugdformaat in de regio Haaglanden.

De hulp in het gezin waar het Jeugdhulpteam in Delft in voorziet is een vorm van ambulante hulp. De hulpverlener geeft de cliënt in de eigen omgeving ondersteuning in het opvoeden en opgroeien. De ambulant hulpverlener begeleidt zowel de ouders als de jeugdige. Er wordt geoefend in de communicatie tussen gezinsleden, de dagelijkse routine, de ontwikkeling van het kind en de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Het doel van deze vorm van hulpverlening is dat het gezin op eigen kracht of met hulp van familie of mensen in de omgeving, beter met de problemen kan omgaan ("Hulp thuis", 2001).

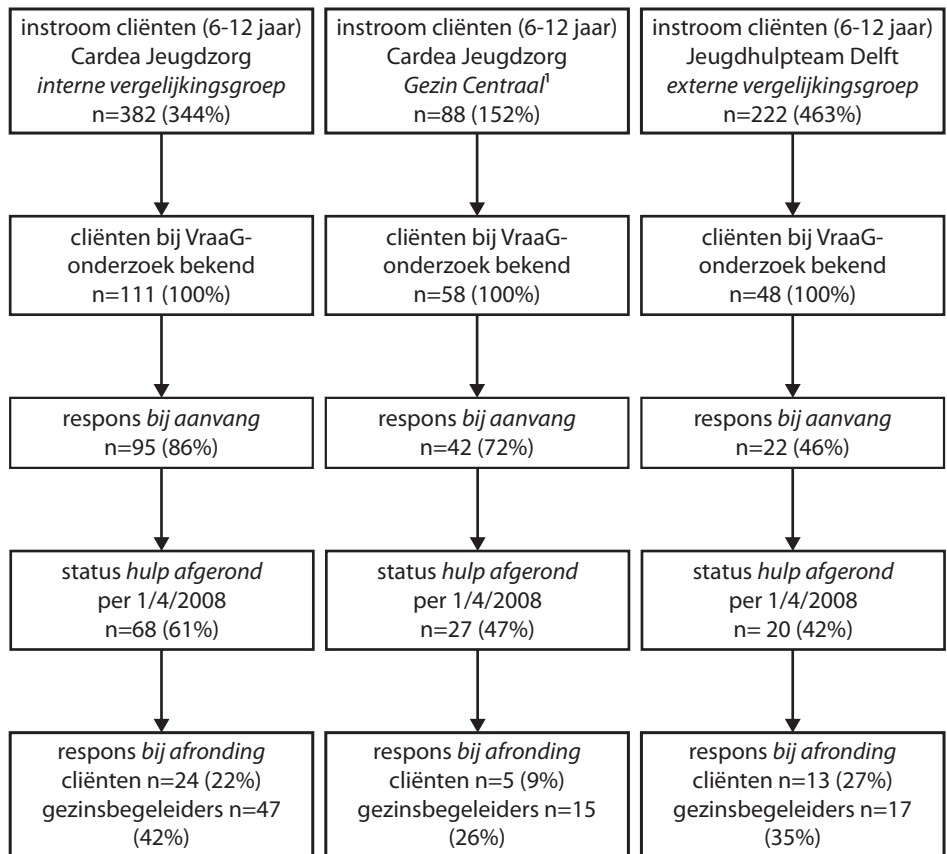
3.5.4 Respons

Op basis van de bevindingen in 2002 (Bolt, 2003) was de verwachting dat op jaarbasis 45 tot 50 cliënten geholpen zouden worden in het programma Gezin Centraal. Het streven was op basis van dit aantal om in de drie onderzoeksjaren 90 cliënten in de onderzoeksgroep te includeren die gelijk verdeeld zijn over de drie programmavarianten: ambulante hulpverlening (IGB), IGB in combinatie met plaatsing in de dagleergroep of in combinatie met residentiële hulpverlening. In totaal (experimentele onderzoeksgroep, interne en externe vergelijking) werd een onderzoeksgroep van 270 cliënten beoogd. Bij aanvang van het onderzoek (Knorth & Van den Bergh, 2003) is over het hoofd gezien dat voor het residentiële logeershuis De Kim, dat onderdeel uit maakt van Gezin Centraal, binnen Cardea Jeugdzorg geen vergelijkbaar alternatief voorhanden is. Het aantal beoogde respondenten is bijgesteld tot $n = 240$.

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen werd in het VraaG-onderzoek een beroep gedaan op meerdere informanten: ouders, kinderen vanaf 11 jaar, gezinsbegeleiders en coaches. Van inclusie in het onderzoek is sprake als (een deel van de) benodigde onderzoeksgegevens bij aanvang van de hulpverlening beschikbaar zijn.

Er werden van november 2004 tot en met oktober 2007 data verzameld. In de periode november 2007 tot en met maart 2008 werden nog eindlijsten verstuurd, maar werden er geen nieuwe gezinnen meer in het onderzoek opgenomen.

In figuur 3.2 zijn de aantallen cliënten weergegeven waar hulp aan verleend is (instroom), de aantallen cliënten die tijdig in beeld van het onderzoek kwamen (dat



¹ Dit betreft de instroom in Gezin Centraal exclusief cliënten die bij residentieel logeerhuis De Kim aangemeld zijn (n=33), waarvan 17 cliënten (52%) bekend werden bij het onderzoek en waarvan 14 cliënten (82%) aanvankelijk werden geïncludeerd in het onderzoek.

Figuur 3.2: Instroom in de hulpverlening, respons en inclusie VraaG-onderzoek

wil zeggen dat bij het onderzoek bekend werd dat aan hen hulp werd verleend) en de respons onder de cliënten die in het onderzoek geïncludeerd werden.

In een laat stadium van het onderzoek werd duidelijk dat er bij alle onderzoeksgroepen meer cliënten ingestroomd zijn dan bij het onderzoek bekend waren. Hier is geen verklaring voor gevonden anders dan dat het betrokken professionals ontschoten is om het onderzoeksteam in te lichten over de instroom. Dit zou aangeduid kunnen worden als ‘organisatorische non-respons’. De cliënten die wel bekend geworden zijn bij het onderzoek vormen het vertrekpunt voor de dataverzameling. Om deze reden wordt deze groep in figuur 3.2 met 100% aangeduid.

De non-respons (exclusie bij aanvang van de hulpverlening) bij de experimen-

tele groep betrof 16 cliënten (28%) en bestond uit bezwaar van de cliënt om deel te nemen aan het onderzoek ($n = 3$), bezwaar van de gezinsbegeleider om deel te nemen aan het onderzoek ($n = 1$), uitzonderlijke crisisplaatsing ($n = 1$), kort traject ($n = 1$), te lange periode verstreken sinds de start van de hulpverlening om een aanvangsmeting te verrichten ($n = 9$) en een vergissing van de onderzoeker ($n = 1$).

De non-respons bij de interne vergelijkingsgroep betrof eveneens 16 cliënten (14%) en bestond uit bezwaar van de cliënt om deel te nemen aan het onderzoek ($n = 3$), uitzonderlijke crisisplaatsing ($n = 1$), kort traject ($n = 3$), te lange periode verstreken sinds de start van de hulpverlening om een aanvangsmeting te verrichten ($n = 9$).

De non-repons in de groep van 48 cliënten van het Jeugdhulpteam Delft betrof 26 trajecten (54%) en bestond uit bezwaar van de cliënt om deel te nemen aan het onderzoek ($n = 12$), bezwaar van de gezinsbegeleider om deel te nemen aan het onderzoek ($n = 8$), uitzonderlijke crisisplaatsing ($n = 1$), hulpverlening waarin alleen regie geboden wordt ($n = 3$) en een vergissing van de onderzoeker ($n = 2$).

Op basis van het logistieke verloop van het onderzoek is er geen reden om aan te nemen dat de 'organisatorische non-respons' en de non-respons bij aanvang van de hulpverlening bij de verschillende onderzoeksgroepen anders tot stand is gekomen. Ondanks dat de non-respons in haar aard en totstandkoming in de onderzoeksgroepen vergelijkbaar is, tast deze de representativiteit van de onderzoeksgroepen bij het onderzoek naar indicaties voor effectiviteit ernstig aan. Om deze reden worden met het oog op dit deel van het onderhavige onderzoek met behulp van een specifieke techniek drie kleine vergelijkbare groepen gevormd (zie verder hoofdstuk 6).

3.6 Instrumentarium

De opbouw van het instrumentarium van het VraaG-onderzoek is in tabel 3.1 weergegeven.

Met het oog op het verzamelen van gedifferentieerde informatie over het functioneren van het kind, de ouders en het gezin werden meerdere informanten geraadpleegd (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Kroes, Veerman, & De Bruyn, 2000). In de nu volgende subparagrafen komt het instrumentarium beknopt aan bod. In bijlage 2 wordt het instrumentarium uitgebreid toegelicht.

Tabel 3.1: Schematische weergave instrumentarium Vraag-onderzoek

Hulpverleningstraject			
informant	Startfase (input)	Hoofdfase (throughput)	Eindfase (output 1)
cliënt	functioneren kind: CBCL & SDQ-j opvoedingsstress & omgaan met opvoedingsproblemen ouders, verzorgers: NOSI & UCL ingrijpende stressvolle gebeurtenissen: VMG		functioneren kind: CBCL & SDQ-j opvoedingsstress & omgaan met opvoedingsproblemen ouders, verzorgers: NOSI & UCL doelrealisatie: GAS methode vraaggericht werken ervaringen en oordeel cliënt: vragenlijst evaluatie hulpverlening cliënt (VEH)
hulp- verlener	gezinsfunctioneren: VGF ernst van de problematiek: Quick STEP	verrichte hulpactiviteiten Intensieve Gezinsbegeleiding: Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding verrichte hulpactiviteiten Daghulp en Verblijf: Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf	gezinsfunctioneren: VGF ernst van de problematiek: Quick STEP vraaggericht werken ervaringen en oordeel hulpverlener: vragenlijst evaluatie hulpverlening gezinsbegeleider/coach (VEH)
dossier	indicatiestelling: formulering hulpvraag, doel- en aanpakformulering dossieranalyse	verloop hulpverlening: dossieranalyse	verloop hulpverlening: dossieranalyse

Basiskkenmerken en verloop hulpverlening: Dossieranalyse

Door middel van dossieranalyse zijn de basiskkenmerken en is het verloop van de hulpverlening in kaart gebracht. Onder basiskkenmerken wordt verstaan: sekse en leeftijd van het aangemelde kind, de postcode waar de cliënt woonachtig is, de gezinssamenstelling, een indicatie van de sociaal economische status (SES) op basis van het beroep van ouder(s) en etniciteit. Deze informatie werd, met uitzondering van de indicatie voor SES, ontleend aan de registratie van de onderzoeksinstellingen (Cardea Jeugdzorg en Stichting Jeugdformaat).

De indicatie van de SES wordt ontleend aan het beroep van ouder(s) dat ingevuld is op de CBCL en UCL. Deze beroepen zijn met behulp van de Standaard Beroepenclassificatie 1992 (SBC-92) gestandaardiseerd (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2001). De SBC-92 codes zijn vervolgens omgezet in scores van de International Socio-Economic Index (ISEI-92) (Ganzeboom, De Graaf, & Treiman,

1992) om van de onderzoeksgroep een (international vergelijkbare) indicatie van sociaal economische status te verkrijgen (Bakker, Sieben, Nieuwbeerta, & Ganzeboom, 1997). De score op de ISEI-92 wordt direct van de vijfcijferige SBC-92 score afgeleid zonder gebruik te maken van andere variabelen zoals inkomen en aantal personen waaraan leiding wordt gegeven. Deze laatste informatie is in het onderhavige onderzoek niet voorhanden.

Om verslag te doen van het verloop van de hulpverlening is informatie verzameld met betrekking tot het aantal hulpverleningsmodules waarvan gebruik is gemaakt, het type hulpverleningsmodules en de duur van de hulpverleningsmodules.

De hulpvraag die in het dossier vermeld wordt, is getypeerd aan de hand van de Doelenboom (Hofman, 2006; Reith, Hofman, Stams, & Van Yperen, 2008), zodat beschreven kan worden op welk gebied de hulpvraag betrekking heeft.

Vraaggericht werken: Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH)

Het vraaggericht werken wordt bevraagd met behulp van de Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH) die specifiek voor het onderhavige onderzoek opgesteld is. Kern van de VEH vormen de items waarin het vraaggericht werken concreet is uitgewerkt in houdingsaspecten van de hulpverlener en in kenmerken van vraaggerichte hulpverlening. De B-toets maakt onderdeel uit van deze items. Van de items in de B-toets is in eerder onderzoek (Van Erve e.a., 2005) een indicatie verkregen van het belang dat cliënten en hulpverleners aan deze aspecten hechten.

Intensieve Gezinsbegeleiding: Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding

Om een beeld te krijgen van de inhoud van de hulpverlening wordt de Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding (Bolt & Metselaar, 2005) door gezinsbegeleiders gehanteerd. In de verrichtingenlijst is het gedrag van hulpverleners opgedeeld in betekenisvolle eenheden, verrichtingen genoemd. De verrichtingen omvatten technieken die deel uitmaken van de methodiek Intensieve Gezinsbegeleiding van Gezin Centraal (Bolt, 2006).

Het werken met de Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding is in een pilot (Steetskamp, 2005) getest waarna de verrichtingenlijst tekstueel is bijgesteld. De Verrichtingenlijst IGB is een experimenteel instrument.

Daghulp en Verblijf: Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf

Ook de hulpverlening in de dagleergroep en het logeerhuis betreft niet-geprotocolleerde hulpverlening. Om een beeld te krijgen van de inhoud van het hulpverlenend handelen van de pedagogische medewerkers in de dagleergroep en het logeerhuis is een Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf opgesteld (Metselaar & Doornbos, 2006).

Het werken met de Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf is in een korte pilot

getest waarna de verrichtingenlijst tekstueel is bijgesteld op basis van de feedback van de pedagogisch medewerkers die deelnamen aan de pilot. De Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf is een experimenteel instrument.

Doelrealisatie: GAS methode

De doelen die bij aanvang en afronding van de hulpverlening in het dossier vermeld worden, worden getypeerd aan de hand van de Doelenboom (Hofman, 2006), zodat beschreven kan worden welke typen doelen er gesteld worden.

De mate van doelrealisatie wordt in kaart gebracht door middel van dossieranalyse. In de dossieranalyse is gekeken naar de aanwezigheid van een samenwerkingsovereenkomst in het dossier, het aantal en type einddoelen dat bij aanvang van de hulpverlening is geformuleerd, de aanwezigheid van een eindverslag in het dossier, het aantal en type einddoelen dat bij afronding van de hulpverlening is geformuleerd en de mate van realisatie van deze doelen. Hulpverleners en cliënten worden geacht de einddoelen bij afronding van de hulpverlening te scoren met behulp van Goal Attainment Scaling (Kiresuk & Sherman, 1968). De score per einddoel volgens GAS betekent: -1 = doel niet behaald, situatie ongunstiger dan bij start; 0 = doel niet behaald, situatie gelijk aan start; 1 = doel deels behaald; 2 = doel behaald.

Als de score van de gezinsbegeleider afwijkt van de score van de cliënt dan bepaalt in navolging van Van der Steege en Van Yperen (2009); de score van de cliënt de eindscore. Hier was in onderhavig onderzoek bij 9 casussen sprake van, wat neerkomt op gemiddeld 4,7% van de doelen in de interne vergelijkingsgroep en gemiddeld 14,4% in de externe vergelijkingsgroep. Bij verschil tussen de scores van ouders en kind is de score van ouders geldend, er vanuitgaande dat ouders bepalend zijn voor het al dan niet beëindigen van de zorg (Van der Steege & Van Yperen, 2009).

In sommige dossiers was geen sprake van een GAS score, maar van een consensusscore in woorden uitgedrukt. Deze scores voor doelrealisatie zijn gevat in een vijf puntsschaal: 0 = niet bereikt (te vergelijken met GAS 0); 1 = situatie verbeterd, doel nog niet bereikt (GAS 1); 2 = gedeeltelijk bereikt (GAS 1); 3 = bereikt (GAS 2); 4 = bereikt, resultaat beter dan verwacht (GAS 2). Deze is door onderzoekers omgecodeerd naar de genoemde GAS scores. In geen van de dossiers waarin de doelrealisatie beschreven werd in een consensusscore, werd verslag gedaan van een verslechterde situatie (te vergelijken met GAS -1)).

Functioneren van het kind: Child Behavior Checklist (CBCL/6–18)

Om een beeld te krijgen van de eventuele gedragsproblemen van de aangemelde kinderen is gebruik gemaakt van de CBCL/6–18 (Achenbach & Rescorla, 2001; Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996). Dit is een gedragsvragenlijst die bedoeld is om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen in de leeftijd van 6 tot 18 jaar op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. De CBCL/6–18 dient door

ouders ingevuld te worden. De CBCL is bij aanvang en afronding voorgelegd aan de ouders om, ook in geval van een twee-oudergezin, door één van beide ouders in te vullen.

Sterke kanten en moeilijkheden: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-j)

Aan het aangemelde kind in de leeftijd vanaf 11 jaar is de SDQ-j (bedoeld voor jeugdigen in de leeftijd van 11–16 jaar) (Goodman, Meltzer & Bailey, 1998), voorgelegd. Deze vragenlijst heeft betrekking op de aanwezigheid van psychische problemen, op de gevolgen daarvan voor het dagelijks functioneren, en op sterke kanten van de jeugdige die duiden op goede kansen op herstel als zich psychische problemen voordoen (Goedhart, Treffers, & Van Widenfelt, 2003). De SDQ-j is bij aanvang en afronding voorgelegd aan het aangemelde kind om in te vullen.

Opvoedingsstress: Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI-2005)

De stressbeleving van ouders in de opvoeding van hun kind wordt in kaart gebracht met behulp van de NOSI-2005 (De Brock, Vermulst, Gerris, Veerman, & Abidin, 2003). Dit betreft een experimentele vragenlijst van 80 items die afgeleid is van de NOSI die uit 123 items bestaat (De Brock, Vermulst, Gerris, & Abidin, 1992).

De NOSI-2005 wordt in het onderhavige onderzoek bij aanvang en afronding aan ouders voorgelegd, opdat één ouder de vragenlijst invult.

Omgaan met opvoedingsproblemen: Utrechtse Coping Lijst (UCL)

Instrumenten om de vergroting van krachten te meten waren bij aanvang van het onderzoek minder voor handen dan instrumenten die de aanwezigheid van problemen in kaart brengen. Om recht te doen aan het vergroten van zelfsturing en ‘empowerment’ bij ouders als doelstellingen van het programma Gezin Centraal is er voor gekozen om de UCL (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993) aan ouders voor te leggen. Met deze vragenlijst wordt een poging ondernomen om een beeld te krijgen van de wijze waarop ouders met problemen omgaan. De UCL wordt in het onderhavige onderzoek bij aanvang en afronding aan ouders voorgelegd.

Ingrijpende stressvolle gebeurtenissen: Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG)

Om informatie te verzamelen over de opvoedingsomgeving wordt gebruik gemaakt van de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG). Met meegemaakte gebeurtenissen worden gebeurtenissen bedoeld uit het dagelijks leven die mogelijk als stressvol gezien worden, omdat zij veranderingen in de dagelijkse gang van zaken teweegbrengen (Veerman & Ten Brink, 1993). Met behulp van de VMG wordt de hoeveelheid stress gepeild die een kind heeft ervaren. De VMG wordt aan ouders bij aanvang van de hulpverlening voorgelegd.

Gezinsfunctioneren: Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF)

Met behulp van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF) wordt een indruk verschaft van de gebieden waarop en de mate waarin het gezin functioneert. Het is een vragenlijst die bedoeld is om de problemen van Multi-probleemgezinnen in kaart te brengen. De vragenlijst wordt ingevuld door de professionele hulpverlener die het gezin goed kent. Met name aspecten van het functioneren van de ouders komen met behulp van de VGF in beeld (Ten Brink e.a., 2000). De VGF wordt bij aanvang en afronding van de hulp aan de gezinsbegeleider voorgelegd.

Problematiek jeugdige: Snelle Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)

Om een indruk te krijgen van de ernst van de problematiek naar de mening van de hulpverlener is gebruik gemaakt van de STEP (Eijgenraam e.a., 2008; Van Yperen, Van den Berg, & Eijgenraam, 2003). De STEP is bij aanvang en afronding van de hulpverlening voorgelegd aan de gezinsbegeleider.

3.7 Data-analyse

3.7.1 Data-inspectie

De data zijn gecontroleerd op missing values. Nagegaan is of de ontbrekende data goed gecodeerd zijn en als missing gedefinieerd zijn. Tevens is specifiek voor de gegevens die kalenderdata betreffen, nagegaan of deze logischerwijs klopten. Nagegaan is of er bijzondere uitbijters in variabelen aanwezig waren. De verdeling van de diverse variabelen is gecontroleerd. Foutieve tegenstrijdigheden en inconsistenties zijn verholpen. Ten behoeve van de beschrijvende statistiek zijn de data met behulp van histogrammen en/of boxplots geïnspecteerd (minimum, maximum, gemiddelde en mediaan).

De scores op de items met betrekking tot het vraaggericht werken (VEH) zijn vanwege de scheve verdeling naar links, gedichotomiseerd (maximale score en niet-maximale score).

Van de groep non-respons is in totaal en per onderzoeksgroep nagegaan of deze wat betreft sekse, leeftijd en gezinssamenstelling significant verschilt van de groep cliënten die in het onderzoek geïnccludeerd is (respons bij aanvang). Dit blijkt voor geen van de variabelen en groepen het geval te zijn.

Van alle instrumenten is nagegaan of de groepen cliënten waarvan vragenlijsten of verrichtingenkaarten aanwezig zijn of ontbreken, van elkaar verschillen op de kenmerken sekse, leeftijd en gezinssamenstelling. Het blijkt dat de CBCL en NOSI alleen bij aanvang in de externe vergelijkingsgroep bij eenoudergezinnen vaker ontbreken dan bij twee-oudergezinnen.

De aantallen cliënten waarvan in de hiernavolgende hoofdstukken verslag gedaan wordt, kunnen per informant of instrument verschillen. Dit wordt verklaard door de verkozen aanpak om naar aanleiding van het ontbreken van één of meerdere instrumenten geen inputatietechnieken toe te passen. Voor elk instrument is nagegaan of de groepen waarbij het betreffende instrument aanwezig is voor wat betreft sekse, leeftijd en gezinssamenstelling verschilt van de groep waarbij het instrument niet voorhanden is. Hier blijkt geen sprake van te zijn.

De groep cliënten die bij aanvang van de hulpverlening in het onderzoek opgenomen is en van wie de hulpverlening afgerond is, verschilt op de kenmerken sekse, leeftijd en gezinssamenstelling niet significant van de bij aanvang van de hulpverlening in het onderzoek opgenomen groep die nog in zorg is.

In de externe vergelijkingsgroep werden geen data verzameld onder cliënten die deelnamen aan residentiële zorg. Een vergelijking tussen de residentiële programmaproef van Gezin Centraal en soortgelijke hulpverlening bleek zodoende niet mogelijk. Deze programmaproef wordt in het vervolg niet nader in ogenschouw genomen.

Specifiek met betrekking tot de verslaglegging door de pedagogisch medewerkers met behulp van de verrichtingenlijst werd zichtbaar dat in de experimentele onderzoeksgroep gemiddeld over een significant langere periode verslag gedaan ($t = 3,556$; $df = 19$; $p = 0,002$) terwijl de trajecten daghulp niet significant langer geduurd hebben op basis van dossierinformatie. Zodoende is inzichtelijk geworden dat de experimentele onderzoeksgroep van een groter ($t = 2,903$; $df = 19$; $p = 0,009$) deel van de periode van het hulpverleningstraject verslag doet (76,92%) dan de interne vergelijkingsgroep (51,70%). Bij nadere inspectie bleek hierin echter geen sprake van een systematisch effect.

De cliënten vulden de vragenlijsten bij aanvang gemiddeld na 3,5 weken (sd 4,9) na de start van de zorg in; de gezinsbegeleiders vulden de vragenlijsten gemiddeld na 6,1 weken (sd 5,1) na de start van de zorg in. Bij afronding van de zorg vulden de cliënten gemiddeld na 6,0 weken (sd 8,2) en de gezinsbegeleiders gemiddeld na 4,6 weken (sd 5,6) de voor hen bestemde vragenlijsten in.

3.7.2 Toetsen

Om verschillen tussen de drie onderzoeksgroepen te toetsen, worden in geval van interval/ratio testvariabelen ANOVA's toegepast (Baarda, De Goede, & Van Dijkum, 2003). Indien de Levene's test significant blijkt, wordt in de post-hoc vergelijkingen de Tamhane's 2 toets toegepast (Field, 2009). Als er geen sprake is van ongelijke variantie, wordt de Bonferroni toets toegepast en wordt dit aangegeven.

Om verschillen in interval/ratio testvariabelen tussen twee onderzoeksgroepen te toetsen worden t-toetsen gehanteerd (Baarda, De Goede & Van Dijkum, 2003).

Indien de Levene’s test significant is, wordt de uitkomst van de t-toets voor ongelijke varianties gebruikt.

In geval van nominale testvariabelen worden Chi-kwadraat toetsen gehanteerd. Als aan de voorwaarden voor deze toetsen niet voldaan wordt, wordt de uitkomst weergegeven aan de hand van de Fisher’s exact test (Field, 2009).

In het nagaan van eventuele samenhang wordt de Mann-Whitney U-toets gehanteerd (twee onafhankelijke steekproeven) of de Kruskal-Wallis-toets (meer dan twee groepen).

In de beschreven analyses in de hierna volgende hoofdstukken wordt een betrouwbaarheidsinterval van 5% gehanteerd, tenzij anders vermeld wordt.

3.7.3 Interpretatiekaders

Voor het interpreteren van de deviatiescores wordt in hoofdstuk 4 en 6 het volgende interpretatiekader (Veerman, 2008) gehanteerd (tabel 3.2).

Tabel 3.2: Interpretatiekader voor de deviatiescores voor problemen

Deviatiescore/NDS	Percentielscore/P	Label	Betekenis
kleiner dan 1,00	lager dan 0,84	geen problemen	geen zorgen van betekenis
1,00 t/m 1,28	0,84 t/m 0,89	matige problemen	problematiek verdient aandacht
1,29 t/m 1,64	0,90 t/m 0,94	aanzienlijke problemen	
1,65 t/m 1,96	0,95 t/m 0,97	ernstige problemen	problematiek verdient behandeling
groter dan 1,96	groter dan 0,97	zeer ernstige problemen	

Om na te gaan of er sprake is van verandering (hoofdstuk 6) is de situatie bij afronding van de hulpverlening vergeleken met de situatie bij aanvang en is de effectsize (ES) of veranderingsgrootte berekend. In het interpreteren van effectsize (ES) worden de normen ontleend aan Van Yperen, Bijl en Veerman (2008): kleine ES: 0,20–0,49; middelgrote ES: 0,50–0,79; grote ES: $\geq 0,80$.

Naast het berekenen van de ES is het ook mogelijk om per cliënt de reliable change index (RCI) te berekenen. Voor het interpreteren van de RCI scores wordt in navolging van Veerman (2008) een grens van 10 procent gehanteerd (tabel 3.3).

Tabel 3.3: Grenzen onzekerheidsmarges RCI scores

RCI	Label
$RCI \leq -1,65$	achteruitgang
$-1,65 < RCI < 1,65$	geen verandering
$RCI \geq 1,65$	vooruitgang

4

Doelgroep

4.1 Inleiding

De eerste stap in het VraagG-onderzoek is het in kaart brengen van de (situatie van) cliënten bij aanvang van de hulpverlening. Dit wordt van belang geacht om na te gaan of de beoogde doelgroep door de hulpverlening bereikt wordt. Zoals eerder aangegeven bestaat de doelgroep van Gezin Centraal uit gezinnen met kinderen tussen de 6 en 14 jaar oud met hulpvragen op het gebied van opvoeden en opgroeien van kinderen. De bedoeling is dat het hier gaat om de ‘gewone’ doelgroep van de jeugdzorg, zoals die in veel instellingen is aan te treffen. In dit hoofdstuk staat de eerste deelvraag centraal: Welke cliënten maken gebruik van de hulpverlening? Bereikt Gezin Centraal daadwerkelijk de ‘gewone’ jeugdzorgcliënten? De verwachting is dat de bereikte doelgroep van de experimentele onderzoeksgroep, Gezin Centraal, niet verschilt van de bereikte doelgroep van de interne en externe vergelijkingsgroep. De beantwoording van deze vraag is ook om een andere reden van belang: Om straks in hoofdstuk 5 vragen naar de daadwerkelijk onderscheidende kenmerken van de hulp van Gezin Centraal te kunnen beantwoorden, moeten de onderzoeksgroepen die in dit verband vergeleken worden dezelfde kenmerken hebben.

In het eerste deel van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de demografische kenmerken van de cliënten (4.2). In het tweede deel wordt de aanvangssituatie aan de hand van elementen van draaglast en draagkracht in beeld gebracht (4.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvattende paragraaf (4.4) waarin de conclusies besproken worden.

4.2 Kenmerken cliënten

In tabel 4.1 zijn de demografische kenmerken van de drie onderzoeksgroepen¹ weergegeven.

De onderzoeksgroepen verschillen niet significant van elkaar in samenstelling voor wat betreft *seks* ($\text{Chi}^2 = 0,365$; $\text{df} = 2$; $p = 0,833$). De onderzoeksgroepen wijken hierin vrijwel niet af van de Nederlandse populatie (minder dan 10% verschil). In 2002 bestond landelijk gezien de groep aangemelde kinderen die in de jeugdhulpverlening geholpen worden voor 56% jongens en 44% uit meisjes (De Graaf, Schouten & Konijn, 2005).

Er blijkt geen sprake te zijn van een significant verschil in *leeftijd* tussen de drie onderzoeksgroepen ($F(2,156) = 2,777$; $p = 0,650$).

Wat betreft *gezinssamenstelling* (ouders) is gekeken of de verschillen tussen de drie onderzoeksgroepen significant zijn. Dit blijkt niet het geval te zijn ($\text{Chi}^2 = 3,129$; $\text{df} = 4$; $p = 0,537$). De gezinssamenstelling wordt tevens gekenmerkt door de eventuele aanwezigheid van broer(s) en/of zus(sen). De drie onderzoeksgroepen blijken ook in dit opzicht niet significant van elkaar te verschillen ($\text{Chi}^2 = 6,588$; $\text{df} = 4$; $p = 0,159$).

De drie onderzoeksgroepen verschillen niet significant in samenstelling naar *etniciteit* ($\text{Chi}^2 = 6,834$; $\text{df} = 4$; $p = 0,145$). De onderzoeksgroepen wijken in samenstelling naar etniciteit beperkt af van de Nederlandse populatie (minder dan 10% verschil). In 2002 bestond landelijk gezien de groep aangemelde kinderen die in de jeugdhulpverlening geholpen worden voor 70% uit autochtone cliënten en 22% uit westerse en niet-westerse allochtone cliënten (van 8% is de culturele achtergrond onbekend) (De Graaf, Schouten & Konijn, 2005).

Er bestaat geen significant verschil tussen de drie onderzoeksgroepen in het beroepsniveau van de ouders, noch wat betreft het *beroepsniveau van de vader* ($\text{Chi}^2 = 11,505$; $\text{df} = 8$; $p = 0,175$), noch wat betreft het *beroepsniveau van de moeder* ($\text{Chi}^2 = 5,222$; $\text{df} = 8$; $p = 0,734$).

De onderzoeksgroepen verschillen niet in de situatie of er sprake is van een *jeugdbeschermingsmaatregel* ($\text{Chi}^2 = 4,712$; $\text{df} = 2$; $p = 0,095$).

¹ Dit betreft de cliënten die in het onderzoek zijn geïnccludeerd. Dat wil zeggen dat van deze groep enkele, meerdere of alle benodigde onderzoeksgegevens bij aanvang van de hulpverlening beschikbaar zijn.

Tabel 4.1: Demografische kenmerken

	interne vergelijkingsgroep (n = 95)		experimentele groep (n = 42)		externe vergelijkingsgroep (n = 22)	
	M	SD	M	SD	M	SD
leeftijd	9,21	1,79	9,23	1,76	10,20	2,08
	N	%	N	%	N	%
sekses aangemeld kind						
jongen	56	(59%)	27	(64%)	13	(59%)
meisje	39	(41%)	15	(36%)	9	(41%)
gezinssamenstelling ouder(s)						
biologisch twee-oudergezin	52	(55%)	24	(57%)	15	(68%)
niet-biologisch twee-oudergezin	9	(9%)	5	(12%)	0	(0%)
biologisch eenoudergezin	33	(35%)	13	(31%)	7	(32%)
missing	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)
gezinssamenstelling broer(s), zus(sen)						
geen	29	(30%)	13	(31%)	6	(27%)
één	52	(55%)	18	(43%)	8	(36%)
twee of meer	14	(15%)	11	(26%)	8	(36%)
etniciteit^a						
autochtoon	72	(76%)	31	(74%)	12	(55%)
westerse allochtoon	6	(6%)	1	(2%)	4	(18%)
niet-westerse allochtoon	10	(11%)	5	(12%)	2	(9%)
missing	7	(7%)	5	(12%)	4	(18%)
beroepspositie ouder(s)						
beide ouders werkzaam	42	(44%)	17	(40%)	12	(55%)
alleen vader werkzaam	11	(12%)	8	(19%)	5	(23%)
alleen moeder werkzaam	4	(4%)	1	(2%)	0	(0%)
beide ouders werkloos	3	(3%)	0	(0%)	0	(0%)
vader werkzaam, moeder onbekend	1	(1%)	2	(5%)	0	(0%)
moeder werkzaam, vader onbekend	10	(11%)	4	(10%)	3	(14%)
moeder werkloos, vader onbekend	5	(5%)	3	(7%)	1	(4%)
missing	19	(20%)	7	(17%)	1	(4%)
beroepsniveau vader						
elementaire & lagere beroepen	22	(23%)	8	(19%)	7	(32%)
middelbare beroepen	29	(31%)	11	(26%)	6	(27%)
hogere & wetenschappelijke beroepen	5	(5%)	3	(7%)	2	(9%)
werkloos	19	(20%)	11	(26%)	6	(27%)
missing	20	(21%)	9	(22%)	1	(5%)
beroepsniveau moeder						
elementaire & lagere beroepen	10	(10%)	12	(29%)	5	(23%)
middelbare beroepen	33	(35%)	12	(29%)	10	(45%)
hogere & wetenschappelijke beroepen	11	(12%)	3	(7%)	2	(9%)
werkloos	7	(7%)	1	(2%)	0	(0%)
missing	34	(36%)	14	(33%)	5	(23%)
jeugdbeschermingsmaatregel						
ja	12	(13%)	2	(5%)	0	(0%)
nee	83	(87%)	40	(95%)	22	(100%)

^a gebaseerd op de definitie van het CBS ("Allochtonen", 2008)

4.3 Aanvangssituatie

4.3.1 Hulpvraag

De hulpvragen zoals deze in de dossiers geformuleerd zijn, zijn gecodeerd met behulp van de doelenboom (Hofman, 2006). In tabel 4.2 is het gemiddelde aantal hulpvragen waarmee cliënten de hulpverlening benaderen en het gemiddelde percentage hulpvragen per hulpvraaggebied weergegeven.

Tabel 4.2: Gemiddeld aantal hulpvragen en gemiddeld percentage hulpvragen per hulpvraaggebied

	interne vergelijkingsgroep (N = 49)		experimentele onderzoeksgroep (N = 22)		externe vergelijkingsgroep (N = 18)	
	M	SD	M	SD	M	SD
totaal aantal hulpvragen	3,9	2,3	2,8 ^a	1,8	9,1 ^b	3,4
	M%	SD	M%	SD	M%	SD
kind	40,5	32,4	36,9	35,7	39,8	19,9
gezin	42,0	30,2	46,9	38,3	39,6	18,2
omgeving	9,9	23,5	8,5	22,3	11,3	22,7
probleembeschrijving	7,2	20,7	7,7	16,0	8,9	11,2
overig	0,4	3,3	0,0	0,0	0,4	1,8

^a experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

^b externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,01$;

De hulpvragen waarmee cliënten een beroep doen op de geïndiceerde zorg hebben voornamelijk betrekking op het kind en het gezin.

In het aantal hulpvragen verschillen de onderzoeksgroepen significant van elkaar ($F(2,107) = 46,450$; $p = 0,000$). In de experimentele onderzoeksgroep leven er gemiddeld minder hulpvragen dan in de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,033$) en minder dan in de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,000$). In de externe vergelijkingsgroep worden significant meer hulpvragen gesteld dan in de experimentele onderzoeksgroep ($p = 0,000$) en de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,000$).

In de percentuele verdeling van de hulpvragen over de mogelijke hulpvraaggebieden verschillen de onderzoeksgroepen niet significant van elkaar (bijlage 3, tabel B4.1). Hoewel de onderzoeksgroepen dus van elkaar verschillen in het aantal hulpvragen waarmee cliënten de hulpverlening benaderen, hebben de hulpvragen in gelijke mate betrekking op de hulpvraaggebieden kind, gezin, omgeving, probleembeschrijving en overig.

4.3.2 Problematiek kind (STEP)

Het type problematiek waarvan met behulp van de STEP verslag gedaan kan worden, is onderverdeeld in zeven categorieën. Gezinsbegeleiders die de STEP invullen, kunnen meer dan één gebied aanvinken. In tabel 4.3 is het gemiddelde aantal probleemgebieden weergegeven waar de gezinsbegeleiders bij aanvang van de hulpverlening verslag van doen.

Tabel 4.3: Gemiddeld aantal voorkomende probleemgebieden (STEP) bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (N = 87)		experimentele groep (N = 47)		externe vergelijkingsgroep (N = 21)	
	M	SD	M	SD	M	SD
aantal probleemgebieden	2,1	0,8	2,3	1,0	2,2	0,9

Getoetst met een ANOVA verschillen de onderzoeksgroepen niet significant van elkaar in het gemiddelde aantal probleemgebieden bij aanvang van de hulpverlening ($F(2,141) = 1,375$; $p = 0,256$).

In tabel 4.4 is per onderzoeksgroep aangegeven of er bij aanvang van de hulpverlening naar de mening van de gezinsbegeleider sprake is van bepaalde problematiek.

Tabel 4.4: Type problematiek (STEP) bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (N = 86)		experimentele groep (N = 35)		externe vergelijkingsgroep (N = 21)	
	N	%	N	%	N	%
psychosociaal functioneren	71	(83%)	31	(89%)	14	(67%)
lichamelijke gezondheid	3	(4%)	7 ^a	(20%)	3	(14%)
vaardigheden & verstandelijke ontwikkeling	18	(21%)	7	(20%)	4	(19%)
gezin en opvoeding	71	(83%)	29	(83%)	18	(86%)
omgeving jeugdige	10	(12%)	5	(14%)	3	(14%)
overige problemen	6	(7%)	5	(14%)	4	(19%)
niet gespecificeerde problematiek	0	(0%)	0	(0%)	1	(5%)

^a experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de externe vergelijkingsgroep en de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

Het psychosociaal functioneren van het aangemelde kind en problemen in het gezin en de opvoeding worden door de gezinsbegeleiders het meest aangemerkt als probleemgebieden.

Tabel 4.5: Ernst problematiek (STEP) bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (n = 88)		experimentele groep groep (n = 36)		externe vergelijkingsgroep (n = 19)	
	N	%	N	%	N	%
Functioneren jeugdige						
functioneert (erg) goed	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
functioneren is redelijk goed	6	(7%)	1	(3%)	1	(5%)
matige problemen in functioneren	57	(65%)	29	(81%)	15	(79%)
aanzienlijke problemen	18	(20%)	3	(8%)	0	(0%)
zware problemen	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
onvoldoende informatie	7	(8%)	3	(8%)	3	(16%)
Kwaliteit omgeving						
(zeer) goede kwaliteit	4	(5%)	3	(8%)	0	(0%)
redelijk goede kwaliteit	21	(24%)	11	(31%)	3	(16%)
matige kwaliteit	53	(60%)	18	(50%)	14	(74%)
aanzienlijke problemen in kwaliteit	8	(9%)	3	(8%)	2	(10%)
zware problemen in kwaliteit	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)
onvoldoende informatie	1	(1%)	1	(3%)	0	(0%)
Zwaarte gewenste zorg						
geen zorg of minimale zorgzwaarte	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)
geringe zorgzwaarte	11	(13%)	1	(3%)	1	(5%)
matige zorgzwaarte	55	(62%)	25	(69%)	16	(84%)
aanzienlijke zorgzwaarte	13	(15%)	9	(25%)	2	(11%)
zeer hoge zorgzwaarte	1	(1%)	0	(0%)	0	(0%)
onvoldoende informatie	7	(8%)	1	(3%)	0	(0%)
Urgentie gewenste zorg						
geen zorg of urgentie van zorg	8	(9%)	2	(5%)	0	(0%)
weinig urgentie zorg	21	(24%)	10	(28%)	4	(21%)
matige urgentie zorg	48	(55%)	20	(56%)	12	(63%)
aanzienlijke urgentie zorg	5	(6%)	1	(3%)	2	(11%)
zeer hoge tot extreme urgentie zorg	3	(3%)	1	(3%)	0	(0%)
onvoldoende informatie	3	(3%)	2	(5%)	1	(5%)

Met behulp van de chi kwadraat toets is bekeken of de onderzoeksgroepen significant van elkaar verschillen in het voorkomen van de verschillende typen problematiek bij aanvang van de hulpverlening (bijlage 3, tabel B4.2). In de experimentele onderzoeksgroep is significant meer sprake van problemen op het gebied van *lichamelijke gezondheid* dan in de beide vergelijkingsgroepen ($\text{Chi}^2 = 8,935$; $\text{df} = 2$; $p = 0,011$).

Naast de aard van de problemen hebben gezinsbegeleiders met behulp van de STEP aangegeven wat de ernst van de situatie bij aanvang van de hulpverlening is (tabel 4.5).

Tabel 4.6: Gemiddeld aantal ingrijpende stressvolle gebeurtenissen (VMG)

	interne vergelijkingsgroep (N = 80)		experimentele groep (N = 36)		externe vergelijkingsgroep (N = 19)	
	M	SD	M	SD	M	SD
totaal (ongeacht aard) aantal gebeurtenissen	7,3	2,4	7,1	3,1	9,4 ^a	2,8
positieve gebeurtenissen	3,4	2,0	3,5	1,8	4,8 ^a	1,8
negatieve gebeurtenissen	2,0	1,5	1,7	1,7	2,9 ^b	1,8

^a De externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

^b De externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep, $p < 0,05$;

De ernst van de situatie van de cliënten in de drie onderzoeksgroepen laat zich overwegend kenmerken door matige problemen in het *functioneren van de jeugdige* en matige *kwaliteit van de omgeving*. Naar de inschatting van de gezinsbegeleiders is er bij aanvang van de hulpverlening voornamelijk sprake van een matige *zorgzwaarte* en weinig tot matige *urgentie* van de gewenste zorg.

Met behulp van enkelvoudige variantieanalyses (ANOVA) kon vastgesteld worden dat de drie onderzoeksgroepen op basis van de ruwe scores onderling niet significant van elkaar verschillen in de verschillende aspecten van *ernst van de problematiek* zoals gemeten met de STEP (tabel B4.3).

4.3.3 Ingrijpende stressvolle gebeurtenissen (VMG)

Met behulp van de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG) rapporteren ouders bij aanvang van de hulpverlening hoeveel stressvolle gebeurtenissen zich in de periode voorafgaand aan de hulpverlening hebben afgespeeld en wat de aard van deze gebeurtenissen is (positief of negatief). In tabel 4.6 is het voorkomen van stressvolle gebeurtenissen weergegeven.

Er is in de drie onderzoeksgroepen meer sprake van positieve ingrijpende stressvolle gebeurtenissen dan van negatieve stressvolle gebeurtenissen.

Door de externe vergelijkingsgroep wordt gemiddeld van significant meer ingrijpende stressvolle gebeurtenissen verslag gedaan ($F(2,132) = 5,426$; $p = 0,005$) dan door de experimentele groep ($p = 0,008$) en de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,008$). De cliënten in de externe vergelijkingsgroep doen zowel verslag van gemiddeld meer *positieve* ingrijpende stressvolle gebeurtenissen ($F(2,132) = 4,352$; $p = 0,015$) dan de experimentele groep ($p = 0,044$) en de interne vergelijkingsgroep

($p = 0,013$), als van meer *negatieve* stressvolle gebeurtenissen ($F(2,132) = 3,663$; $p = 0,028$) dan de experimentele groep ($p = 0,026$) (tabel B4.4).

4.3.4 Functioneren van het kind (CBCL)

Het functioneren van het kind naar de mening van de ouders is in kaart gebracht met behulp van de Child Behavior Checklist (CBCL). In tabel 4.7 en tabel 4.8 is weergegeven in welke mate er sprake is van gedragsproblemen bij het kind bij aanvang van de hulpverlening naar klinisch gebied en op basis van deviatiescores.

Tabel 4.7: Functioneren van het kind (CBCL)

	interne vergelijkingsgroep (n = 79)		experimentele groep (n = 35)		externe vergelijkingsgroep (n = 35)	
	N	%	N	%	N	%
internaliseren						
normaal	31	(39%)	9	(26%)	5	(28%)
grensgebied	12	(15%)	4	(11%)	4	(22%)
klinisch gebied	36	(46%)	22	(63%)	9	(50%)
externaliseren						
normaal	22	(28%)	9	(26%)	6	(33%)
grensgebied	11	(14%)	4	(11%)	4	(22%)
klinisch gebied	46	(58%)	22	(63%)	8	(45%)
totale gedragsproblemen						
normaal	22	(28%)	8	(23%)	4	(22%)
grensgebied	6	(8%)	3	(9%)	1	(6%)
klinisch gebied	51	(64%)	24	(68%)	13	(72%)

Tabel 4.8: Deviatiescores functioneren van het kind (CBCL) bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (N = 79)		experimentele groep (N = 35)		externe vergelijkingsgroep (N = 18)	
	M	SD	M	SD	M	SD
internaliseren	1,5	1,8	1,6	1,4	1,9	1,7
externaliseren	1,9	1,7	2,1	1,9	1,9	2,0
totale gedragsproblemen	2,0	1,7	2,2	1,5	2,3	1,6

Bij meer dan de helft van de cliënten van de drie onderzoeksgroepen is sprake van klinische problematiek in het functioneren van het kind. Bij een kwart van de cliënten spelen geen noemenswaardige gedragsproblemen en kan het functioneren van het kind als normal aangeduid worden.

Er is, op basis van het eerder (tabel 3.2) geschetste interpretatiekader (Veerman, 2008) in de drie onderzoeksgroepen gemiddeld sprake van zeer ernstige *gedragsproblemen*. In de experimentele onderzoeksgroep zijn de *internaliserende problemen* net als in de interne vergelijkingsgroep aanzienlijk en de *externaliserende problemen* zeer ernstig. In de beide vergelijkingsgroepen is de *externaliserende problematiek* ernstig.

De onderzoeksgroepen verschillen niet significant van elkaar in de mate waarin zich *gedragsproblemen* bij aanvang van de hulpverlening voor doen (tabel B4.5).

Met behulp van de Strengths and Difficulties Questionnaire voor jongeren van 11–16 jaar (SDQ-j) zijn de aangemelde kinderen in de leeftijd van 11 jaar en ouder gevraagd om zelf verslag te doen van hun *sterke kanten en moeilijkheden* bij aanvang van de hulpverlening. In tabel 4.9 zijn de *sterke kanten en moeilijkheden* volgens de normscores weergegeven, waarna in tabel 4.10 de gemiddelde deviatiescores per onderzoeksgroep zijn weergegeven.

Door de aangemelde kinderen die de SDQ-j hebben ingevuld wordt in veel gevallen verslag gedaan van *gedragsproblemen*. Er spelen in mindere mate *problemen met leeftijdsgenoten* en op *prosociaal gedrag* scoren de kinderen in positieve zin hoog.

Per subschaal is gekeken of de drie onderzoeksgroepen significant van elkaar verschillen in gemiddelde deviatiescores (B4.6). De onderzoeksgroepen verschillen significant ($F(2,27) = 3,440$; $p = 0,047$) in de mate waarin zich *emotionele problemen* voordoen. Op basis van de post-hoc analyses wordt echter niet duidelijk welke groepen precies van elkaar verschillen.

Daarnaast is er in de externe vergelijkingsgroep significant ($F(2,27) = 3,915$; $p = 0,032$) minder sprake van *totale problemen* dan in de experimentele onderzoeksgroep ($p = 0,053$) en de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,053$).

Tabel 4.9: Sterke kanten en moeilijkheden (SDQ-j)

	interne vergelijkingsgroep (n = 17)		experimentele groep (n = 7)		externe vergelijkingsgroep (n = 6)	
	N	%	N	%	N	%
emotionele problemen						
geen problemen	7	(41%)	1	(14%)	4	(67%)
enige problemen	3	(18%)	4	(57%)	2	(33%)
ernstige problemen	7	(41%)	2	(29%)	0	(0%)
gedragsproblemen						
geen problemen	7	(42%)	2	(29%)	3	(50%)
enige problemen	5	(29%)	0	(0%)	0	(0%)
ernstige problemen	5	(29%)	5	(71%)	3	(50%)
aandachtstekort – hyperactiviteit						
geen problemen	8	(47%)	2	(29%)	4	(66%)
enige problemen	1	(6%)	3	(42%)	1	(17%)
ernstige problemen	8	(47%)	2	(29%)	1	(17%)
problemen leeftijdsgenoten						
geen problemen	11	(65%)	4	(57%)	6	(100%)
enige problemen	2	(12%)	1	(14%)	0	(0%)
ernstige problemen	4	(23%)	2	(29%)	0	(0%)
prosociaal gedrag						
geen problemen	11	(65%)	6	(86%)	5	(83%)
enige problemen	3	(18%)	1	(14%)	1	(17%)
ernstige problemen	3	(18%)	0	(0%)	0	(0%)
totale problemen						
geen problemen	3	(18%)	1	(14%)	4	(67%)
enige problemen	6	(35%)	1	(14%)	0	(0%)
ernstige problemen	8	(47%)	5	(72%)	2	(33%)

Tabel 4.10: Deviatiescores sterke kanten en moeilijkheden (SDQ-j) bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (N = 17)		experimentele groep (N = 7)		externe vergelijkingsgroep (N = 6)	
	M	SD	M	SD	M	SD
emotionele problemen	1,2	1,1	1,3	0,9	−0,0	1,1
gedragsproblemen	1,5	1,1	1,9	1,2	1,0	1,9
aandachtstekort – hyperactiviteit	1,0	0,9	1,1	0,6	0,4	1,1
problemen leeftijdsgenoten	0,8	1,3	0,8	1,4	−0,2	0,7
prosociaal gedrag	0,2	1,0	0,2	0,5	−0,2	0,6
totale problemen	1,7	1,1	1,9	0,8	0,4 ^a	1,3

^a De externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$.

4.3.5 Opvoedingsstress (NOSI-2003)

De mate van opvoedingsstress in de drie onderzoeksgroepen bij aanvang van de hulpverlening is weergegeven in tabel 4.11. Vervolgens worden in tabel 4.12 de gemiddelde deviatiescores gepresenteerd.

Tabel 4.11: Opvoedingsstress (NOSI-2003)

	interne vergelijkingsgroep (n = 79)		experimentele groep (n = 35)		externe vergelijkingsgroep (n = 20)	
	N	%	N	%	N	%
kinddomein						
zeer laag, laag, onder gemiddeld & gemiddeld	16	(20%)	4	(12%)	4	(20%)
boven gemiddeld	13	(17%)	5	(14%)	1	(5%)
hoog & zeer hoog	50	(63%)	26	(74%)	15	(75%)
ouderdomein						
zeer laag, laag, onder gemiddeld & gemiddeld	32	(40%)	11	(31%)	5	(25%)
boven gemiddeld	18	(23%)	10	(29%)	2	(10%)
hoog & zeer hoog	29	(37%)	14	(40%)	13	(65%)
totale opvoedingsstress						
zeer laag, laag, onder gemiddeld & gemiddeld	20	(25%)	5	(14%)	4	(20%)
boven gemiddeld	15	(19%)	7	(20%)	2	(10%)
hoog & zeer hoog	44	(56%)	23	(66%)	14	(70%)

Tabel 4.12: Deviatiescores opvoedingsstress (NOSI-2003) bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (N = 79)		experimentele groep (N = 35)		externe vergelijkingsgroep (N = 20)	
	M	SD	M	SD	M	SD
kinddomein	1,8	1,6	1,8	1,4	2,1	1,7
ouderdomein	0,7	1,3	0,9	1,4	1,6 ^a	1,6
totale opvoedingsstress	1,3	1,5	1,5	1,4	2,0	1,6

^a De externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$.

Op het *kinddomein* (de bijdrage van bepaalde karakteristieken of eigenschappen van het kind aan de mogelijke overall-stress in de ouder-kind relatie) wordt door ouders meer stress ervaren dan op het *ouderdomein* (de mate waarin de ouder zich niet berekend voelt op de opvoedingstaak en zich daarin inadequaar en gespannen voelt). In meer dan de helft van alle gevallen is de opvoedingsstress als hoog tot

zeer hoog te typeren. In een vierde van alle gezinnen wordt echter zeer lage tot gemiddelde opvoedingsstress ervaren.

In de experimentele groep is er op basis van de deviatiescores, net als in de interne vergelijkingsgroep, sprake van ernstige opvoedingsstress op het *kinddomein*. In de externe vergelijkingsgroep is deze opvoedingsstress zeer ernstig. Op het *ouderdomein* is er in het geval van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep praktisch geen sprake van opvoedingsstress. In de externe vergelijkingsgroep is de stress op het *ouderdomein* aanzienlijk. Overall is er sprake van aanzienlijke (experimentele onderzoeksgroep en interne vergelijkingsgroep) tot zeer ernstige opvoedingsstress (externe vergelijkingsgroep).

De cliënten in de externe vergelijkingsgroep ervaren bij aanvang van de hulpverlening significant meer opvoedingsstress ($F(2,131) = 3,855$; $p = 0,024$) op het *ouderdomein* dan de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,019$). In de ervaren opvoedingsstress op het kinddomein en de totale opvoedingsstress verschillen de onderzoeksgroepen niet significant van elkaar (B4.7).

De groepen cliënten die zeer lage tot en met gemiddelde opvoedingsstress ervaren zijn vrij aanzienlijk (zie tabel 4.11: 14–25%). Dit geldt ook voor de groepen cliënten waarbij het functioneren van het kind als normaal getypeerd kan worden (zie tabel 4.7: 22–28%). Om na te gaan hoe groot de groepen cliënten zijn waar noch sprake is gedragsproblemen, noch van opvoedingsstress, zijn deze gegevens gecombineerd en weergegeven in tabel 4.13.

Tabel 4.13: Combinatie functioneren kind en opvoedingsstress bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (n = 77)		experimentele groep (n = 35)		externe vergelijkingsgroep (n = 18)	
	N	%	N	%	N	%
geen problematiek	16	(21%)	4	(11%)	3	(17%)
functioneren kind grensgebied en/of opvoedingsstress grensgebied of lager	7	(9%)	2	(6%)	0	(0%)
functioneren kind klinisch of opvoedingsstress hoog–zeer hoog	16	(21%)	11	(31%)	5	(28%)
functioneren kind klinisch en opvoedingsstress hoog–zeer hoog	38	(49%)	18	(52%)	10	(55%)

Ook als gekeken wordt naar het voorkomen van gedragsproblemen in combinatie met opvoedingsstress bij aanvang van de hulpverlening blijkt bij een aanzienlijke groep cliënten weinig tot geen sprake van problemen. De drie onderzoeksgroepen verschillen hierin (op basis van een Chi-kwadraat toets waarbij de tweede en derde

categorie om wille van de analyse samengenomen zijn) niet significant van elkaar ($\text{Chi}^2 = 1,814$; $\text{df} = 4$; $p = 0,776$).

4.3.6 Omgaan met opvoedingsproblemen (UCL)

De manier waarop de ouders van de aangemelde kinderen omgaan met belastende levensomstandigheden zoals opvoedingsproblemen wordt weergegeven in tabel 4.14. De subschalen *actief aanpakken* en *geruststellende gedachten* vertegenwoordigen een actieve, offensieve manier van omgaan met problemen; de schalen *vermijden*, *passief reactiepatroon* en *expressie van emoties* een defensieve manier van omgaan met problemen. Van *palliatieve reactie* en *sociale steun zoeken* wordt in beide manieren van omgaan met problemen gebruik gemaakt. In tabel 4.15 zijn vervolgens de deviatiescores per subschaal weergegeven.

Uit tabel 4.14 komt het beeld naar voren dat cliënten gemiddeld omgaan met problemen. Alleen van *passief reactiepatroon* en *expressie van emoties* wordt in meer gevallen verslag gedaan van het in hoge tot zeer hoge mate toepassen van deze copingstrategieën.

In geen van de onderzoeksgroepen is er op basis van de deviatiescores sprake van problematische vormen van het *omgaan met opvoedingsproblemen*.

De externe vergelijkingsgroep heeft significant ($F(2,123) = 5,442$; $p = 0,005$) minder de neiging tot het *actief aanpakken* van belastende levensgebeurtenissen waaronder opvoedingsproblemen dan de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,010$). Voor de overige aspecten van het omgaan met problemen geldt, dat de onderzoeksgroepen niet significant van elkaar verschillen ($B4.8$).

4.3.7 Gezinsfunctioneren (VGF)

Bij aanvang van de hulpverlening doen de gezinsbegeleiders verslag van het gezinsfunctioneren met behulp van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF). De ruwe scores op de VGF kunnen op basis van de normen een indicatie geven van de ernst van de situatie in het gezin. De situatie kan zodanig ernstig zijn dat een intensievere behandeling nodig is dan gezinsbegeleiding, de beoogde gezinsbegeleiding is intensief genoeg of een lichtere behandeling zou kunnen volstaan. In tabel 4.16 is zichtbaar wat de inschatting van de gezinsbegeleiders is van het gezinsfunctioneren bij aanvang van de hulpverlening.

Naar de mening van de gezinsbegeleider functioneren de gezinnen in meer dan de helft van de gevallen zodanig dat er geen intensieve gezinsbehandeling nodig is. De drie onderzoeksgroepen verschillen heerin niet significant van elkaar ($F(2,143) = 0,010$; $p = 0,990$).

Tabel 4.14: Omgaan met opvoedingsproblemen (UCL)

	interne vergelijkingsgroep (n = 73)		experimentele groep (n = 34)		externe vergelijkingsgroep (n = 19)	
	N	%	N	%	N	%
actief aanpakken						
zeer laag & laag	13	(18%)	10	(29%)	9	(47%)
gemiddeld	44	(60%)	18	(53%)	10	(53%)
hoog & zeer hoog	16	(22%)	6	(18%)	0	(0%)
palliatieve reactie						
zeer laag & laag	15	(21%)	10	(29%)	3	(16%)
gemiddeld	45	(62%)	21	(62%)	13	(68%)
hoog & zeer hoog	13	(18%)	3	(9%)	3	(16%)
vermijden						
zeer laag & laag	11	(15%)	9	(26%)	2	(10%)
gemiddeld	39	(53%)	18	(53%)	10	(53%)
hoog & zeer hoog	23	(32%)	7	(21%)	7	(37%)
sociale steun zoeken						
zeer laag & laag	15	(20%)	10	(29%)	2	(11%)
gemiddeld	35	(48%)	18	(53%)	13	(68%)
hoog & zeer hoog	23	(32%)	6	(18%)	4	(21%)
passief reactiepatroon						
zeer laag & laag	17	(23%)	4	(12%)	3	(16%)
gemiddeld	31	(43%)	17	(50%)	4	(21%)
hoog & zeer hoog	25	(34%)	13	(38%)	12	(63%)
expressie van emoties						
zeer laag & laag	10	(14%)	5	(15%)	1	(5%)
gemiddeld	29	(40%)	17	(50%)	8	(42%)
hoog & zeer hoog	34	(46%)	12	(35%)	10	(53%)
geruststellende gedachten						
zeer laag & laag	11	(15%)	10	(29%)	6	(32%)
gemiddeld	48	(66%)	21	(62%)	10	(52%)
hoog & zeer hoog	14	(19%)	3	(8%)	3	(16%)

Tabel 4.15: Deviatiescores omgaan met opvoedingsproblemen (UCL) bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (n = 73)		experimentele groep (n = 34)		externe vergelijkingsgroep (n = 19)	
	M	SD	M	SD	M	SD
actief aanpakken	−0,1	0,8	−0,4	0,8	−0,7 ^a	0,5
palliatieve reactie	−0,2	0,7	−0,4	0,5	−0,2	0,6
vermijden	−0,1	0,6	−0,1	0,9	−0,1	0,4
sociale steun zoeken	0,1	0,8	−0,3	0,9	−0,1	0,6
passief reactiepatroon	0,0	0,6	0,2	0,9	0,2	0,7
expressie van emoties	0,0	0,7	−0,1	0,8	0,1	0,7
geruststellende gedachten	−0,1	0,7	−0,3	0,8	−0,2	0,7

^a De externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$.

Tabel 4.16: Gezinsfunctioneren op basis van normscores (VGF) bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (n = 87)		experimentele groep (n = 37)		externe vergelijkingsgroep (n = 21)	
	N	%	N	%	N	%
gezinsfunctioneren						
geen intensieve gezinsbehandeling nodig	56	(64%)	25	(68%)	12	(57%)
intensieve gezinsbehandeling gepast	28	(32%)	10	(27%)	9	(43%)
aanvullende hulpverlening nodig	3	(4%)	2	(5%)	0	(0%)

4.3.8 Motivatie (VEH)

De motivatie voor de gezinsbegeleiding is retrospectief in kaart gebracht met behulp van de Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH) en weergegeven in tabel 4.17 en 4.18, opgesplitst naar veranderingsmotivatie en begeleidingsmotivatie en naar informant.

De motivatie voor de gezinsbegeleiding was volgens de gezinsbegeleiders iets lager dan volgens de cliënten. Gemeten op een schaal van 0–10 wordt de motivatie vrij hoog ingeschat.

De drie onderzoeksgroepen verschillen niet significant van elkaar in gemiddelde veranderings- en begeleidingsmotivatie van ouders voor de gezinsbegeleiding, noch naar de mening van cliënten, noch naar de mening van gezinsbegeleiders (tabel B4.9).

Tabel 4.17: Motivatie voor gezinsbegeleiding naar de mening van de cliënt (VEH)

	interne vergelijkingsgroep (n = 24)		experimentele groep (n = 6)		externe vergelijkingsgroep (n = 17)	
	M	SD	M	SD	M	SD
naar de mening van de cliënt						
veranderingsmotivatie	8,2	1,6	7,8	1,7	8,8	1,1
begeleidingsmotivatie	8,3	1,5	8,7	1,2	9,0	0,9

Tabel 4.18: Motivatie voor gezinsbegeleiding naar de mening van de gezinsbegeleider (VEH)

	interne vergelijkingsgroep (n = 50)		experimentele groep (n = 15)		externe vergelijkingsgroep (n = 20)	
	M	SD	M	SD	M	SD
naar de mening van de gezinsbegeleider						
veranderingsmotivatie	7,1	1,9	6,5	1,9	6,4	2,0
begeleidingsmotivatie	7,6	2,1	7,5	1,2	7,8	1,6

4.4 Conclusie doelgroep

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de vraag welke cliënten gebruik maken van de hulpverlening. Het gaat erom te achterhalen of Gezin Centraal daadwerkelijk ‘gewone’ jeugdzorgcliënten bereikt.

Bereikte doelgroep

- De hulpvragen van de cliënten van de drie onderzoeksgroepen die door de hulpverlening bereikt worden, hebben gemiddeld in gelijke verhouding betrekking op het kind (met name op het *gedrag* van het kind) en op het gezin (met name de *opvoeding*).
- De meest voorkomende problematiek waarvan bij aanvang van de hulpverlening door de gezinsbegeleider verslag gedaan wordt, zijn problemen op het gebied van het psychosociaal *functioneren van de jeugdige* en op het gebied van *gezin en opvoeding*. Naar het inzicht van de gezinsbegeleiders in de *ernst van de situatie* spelen er overwegend matige problemen bij de aangemelde gezinnen.
- In de periode die aan de hulpverlening vooraf is gegaan hebben zich in het leven van de aangemelde kinderen een aanzienlijk aantal *stressvolle gebeurtenissen* voorgedaan (gemiddeld zeven (experimentele on-

derzoeksgroep en interne vergelijkingsgroep) tot negen gebeurtenissen (externe vergelijkingsgroep)). Dit betrof meer positieve dan negatieve gebeurtenissen.

- Bij een groot deel van de cliënten is sprake van (zeer) ernstige problematiek in het *functioneren van het kind* en of een hoge mate van *opvoedingsstress*. Niet alle cliënten kampen met aanzienlijke problemen. In een kwart van de gevallen is het functioneren van het kind als 'normaal' te bestempelen. Daarnaast wordt geconcludeerd dat een deel van de cliënten die met de gezinsbegeleiding bereikt wordt zeer lage tot gemiddelde opvoedingsstress ervaart (experimentele onderzoeksgroep 14%; externe vergelijkingsgroep 20%; interne vergelijkingsgroep 25%).
- De cliënten blijken, zowel op de gebieden die aangeduid worden als *actief omgaan met problemen* als op de gebieden *defensief omgaan met problemen*, positief in meer dan de helft van de gevallen gemiddeld of boven gemiddeld om te gaan met problemen.
- In alle drie de onderzoeksgroepen wordt door de gezinsbegeleiders bij aanvang van de hulpverlening over het *gezinsfunctioneren* in meer dan de helft van de gevallen aangegeven dat een lichtere behandeling zou kunnen volstaan. In de experimentele onderzoeksgroep en in de interne vergelijkingsgroep is tevens sprake van ongeveer 5% cliënten die aanvullende hulp nodig zouden hebben.

Op basis van deze bevindingen wordt geconcludeerd dat de doelgroep van de experimentele onderzoeksgroep en de interne en externe vergelijkingsgroep gedeeltelijk wordt bereikt. Er wordt aan een aantal gezinnen (experimentele onderzoeksgroep 11%; externe vergelijkingsgroep 21%; interne vergelijkingsgroep 17%) hulp verleend die vanwege de zeer beperkte problemen in het functioneren van de jeugdige en de opvoeding niet tot de doelgroep van de interventies behoren. Het is denkbaar dat deze gezinnen kampen met problemen die aanleiding zijn voor geïndiceerde zorg, die in het onderzoek niet in kaart gebracht zijn of dat er bij ouders sprake is van onderrapportage. Als dat het geval zou zijn, is het echter verwonderlijk dat de gezinsbegeleiders bij aanvang van de hulpverlening met behulp van de vragenlijst naar het gezinsfunctioneren regelmatig aangeven dat een lichtere behandeling zou kunnen volstaan.

Vergelijkbaarheid onderzoeksgroepen

- De onderzoeksgroepen verschillen niet significant van elkaar voor wat betreft de onderzochte (demografische) kenmerken (seks, leeftijd, gezinssamenstelling ouders, gezinssamenstelling broers/zussen, etniciteit, beroepsniveau vader, beroepsniveau moeder en jeugdbeschermingsmaatregel). De onderzoeksgroepen zijn op basis van deze (*demografische*) kenmerken bij aanvang van de hulpverlening vergelijkbaar.
- In de verhouding waarin de hulpvragen betrekking hebben op de *hulpvraaggebieden* kind, gezin, omgeving, probleembeschrijving en de bijbehorende subgebieden, verschillen de onderzoeksgroepen niet onderling van elkaar. De hulpvragen hebben in gelijke mate betrekking op het kind of op het gezin (beide gebieden rond 40%). Ongeveer 10% van de hulpvragen heeft betrekking op de omgeving en 8% op de probleembeschrijving. In de experimentele onderzoeksgroep wordt van minder *hulpvragen* verslag gedaan dan in de interne en externe vergelijkingsgroep. In de externe vergelijkingsgroep wordt van meer hulpvragen verslag gedaan dan in de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep. Dit verschil wordt mogelijk verklaard doordat een ander Bureau Jeugdzorg de cliënten aanmeldt in de regio van de externe vergelijkingsgroep en/of door een verschil in dossieropbouw in de externe vergelijkingsgroep. Wellicht is er in de dossiers van de externe vergelijkingsgroep tekstueel meer ruimte voor het verwoorden van de hulpvraag. Voor het verschil tussen de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep zijn deze verklaringen niet van kracht. De cliënten worden door hetzelfde Bureau Jeugdzorg aangemeld en de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep werken met hetzelfde format voor de dossiervorming. Wellicht formuleren de gezinsbegeleiders de hulpvraag in de dossiers van Gezin Centraal beknopter.
- De aard van de problematiek van de cliënten in de drie onderzoeksgroepen is vrijwel gelijk. Alleen in de experimentele onderzoeksgroep wordt vaker door de gezinsbegeleiders melding gemaakt van problemen op het gebied van de *lichamelijke gezondheid*. De *ernst van de situatie* wordt in de drie onderzoeksgroepen door de gezinsbegeleiders vergelijkbaar ingeschat.
- In de externe vergelijkingsgroep wordt, in vergelijking met de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep, door cliënten verslag gedaan van significant meer *stressvolle gebeurtenissen*, zowel positieve als negatieve.
- In het *functioneren van het kind* naar de mening van de ouders, verschil-

len de drie onderzoeksgroepen onderling niet significant van elkaar. In de drie onderzoeksgroepen is vergelijkbaar sprake van internaliserende en externaliserende problematiek.

- Wat betreft de mate van *opvoedingsstress* die de ouders van de aangemelde kinderen ervaren, blijkt dat de experimentele onderzoeksgroep vergelijkbaar is met de interne en de externe vergelijkingsgroep. Echter de externe vergelijkingsgroep verschilt van de interne vergelijkingsgroep in die zin dat ouders van de externe vergelijkingsgroep significant meer verslag doen van opvoedingsstress op het *ouderdomein* (de mate waarin de ouder zich berekend voelt op de opvoedingstaak en zich daarin inadequaat en gespannen voelt) dan de interne vergelijkingsgroep.
- Ook in de manier van omgaan met *opvoedingsproblemen* zijn er verschillen tussen de interne en de externe vergelijkingsgroep. De externe vergelijkingsgroep is significant minder geneigd tot *actief aanpakken* in geval van belastende levensgebeurtenissen, zoals opvoedingsproblemen, dan de interne vergelijkingsgroep.
- In de kwaliteit van het *gezinsfunctioneren* verschillen de drie onderzoeksgroepen onderling niet significant van elkaar.
- Daarnaast is de *motivatie* van de cliënten van de drie onderzoeksgroepen in alle opzichten (veranderings- en begeleidingsmotivatie naar de mening van cliënten en naar de mening van gezinsbegeleiders) vergelijkbaar en hoog.

Geconcludeerd wordt dat de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep in vrijwel alle opzichten met elkaar te vergelijken zijn. Alleen in het aantal hulpvragen en in het voorkomen van lichamelijke problemen als onderdeel van de problematiek verschillen deze groepen enigszins van elkaar. Als gekeken wordt naar de *hulpvraaggebieden*, het *functioneren van het kind*, het *gezinsfunctioneren* en de *motivatie* van cliënten blijken alle drie de onderzoeksgroepen onderling vergelijkbaar. Voor het overige zijn de onderzoeksgroepen ten dele vergelijkbaar. De experimentele groep is vergelijkbaar met beide vergelijkingsgroepen in de mate van *opvoedingsstress* en het *omgaan met opvoedingsproblemen*, maar in vergelijking met de interne vergelijkingsgroep is in de externe vergelijkingsgroep sprake van hogere *opvoedingsstress* met betrekking tot de opvoedingstaak en minder neiging tot het *actief aanpakken* van opvoedingsproblemen. In de externe vergelijkingsgroep blijkt tot slot sprake te zijn van een groter aantal *hulpvragen* en meer *ingrijpende stressvolle gebeurtenissen* (zowel positief als negatief) dan in de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep.

Op basis van het voorgaande wordt duidelijk dat experimentele hulpaanbod gezinnen bereikt zoals deze ook bij andere locaties en instellingen bereikt wordt. De doelgroep aan wie door Gezin Centraal hulp wordt geboden, betreft zodoende een groep cliënten die normaliter in de jeugdzorg bereikt wordt.

Het is dan ook gerechtvaardigd om de volgende stap in het onderzoek te nemen. Hierin staat de vraag centraal of de werkwijze van Gezin Centraal zich onderscheidt van die in de 'gebruikelijke' jeugdzorg.

5

Proces

5.1 Inleiding

Nu verduidelijkt is welke cliënten gebruik maken van de hulpverlening, staat de vraag naar de feitelijk ontvangen hulp centraal. Nagegaan wordt of proces en inhoud van de hulpverlening aan de experimentele onderzoeksgroep zich onderscheidt van gebruikelijke hulpverlening. De verwachting is dat de experimentele onderzoeksgroep verschilt van de beide vergelijkingsgroepen. De belangrijkste kenmerken van de hulpverlening in de experimentele onderzoeksgroep zijn dat de hulpvraag centraal dient te staan, dat cliënten in hoge mate (de gelegenheid krijgen om te) participeren en dat de hulpverleners een vraaggerichte houding hebben.

De tweede en de derde deelvraag zoals in de inleiding beschreven, vormen de leidraad voor dit hoofdstuk: Waaruit bestaat de hulp die cliënten feitelijk ontvangen? en Hoe verloopt het hulpverleningsproces? In de beantwoording van beide vragen staat voorop of de in de experimentele onderzoeksgroep verleende hulp zich onderscheidt van de 'gewone' jeugdzorg bij een soortgelijke doelgroep.

Per onderdeel zullen verwachtingen geformuleerd worden die op basis van de methodiek Gezin Centraal van de experimentele onderzoeksgroep leven. Per onderdeel wordt vervolgens bekeken of deze verwachtingen al dan niet uitkomen.

In dit hoofdstuk komt achtereenvolgens aan bod wat de doelen van de hulpverlening geweest zijn (5.2), van welke modules cliënten gebruik gemaakt hebben (5.3) en wat de kenmerken zijn van het proces van de hulpverlening (5.4). Daarna wordt nader ingezoomd op de inhoud van deze hulpverlening (5.5). Vervolgens komt aan bod hoe het vraaggericht werken in de hulpverlening uit de verf is gekomen (5.6). In 5.7 worden conclusies getrokken.

5.2 Doelen

5.2.1 Doelgebieden van de hulpverlening

Bij aanvang van de hulpverlening worden einddoelen waaraan gedurende de hulpverleningsperiode gewerkt zal worden, vaak op basis van het indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg, in de samenwerkingsovereenkomst opgesteld. Het blijkt dat er verschillen bestaan tussen de einddoelen zoals bij aanvang geformuleerd en de einddoelen waarvan in het eindverslag verslag gedaan wordt. Met het oog op het in beeld brengen van de einddoelen waaraan gedurende de hulpverlening daadwerkelijk is gewerkt, kan het best gebruik gemaakt worden van de verslaglegging over het afgelegde hulpverleningstraject zoals in het eindverslag vastgelegd wordt.

In tegenstelling tot de schriftelijke dossiers bij de experimentele onderzoeksgroep en interne vergelijkingsgroep zijn bij de externe vergelijkingsgroep de einddoelen ontleend aan een elektronisch programma waarin beperkt ruimte is voor de formulering van doelen (maximaal drie velden in te vullen). Verschil tussen de externe vergelijkingsgroep en de beide andere onderzoeksgroepen in het *totaal aantal doelen* moet met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Op basis van de methodiek Gezin Centraal zijn meerdere verwachtingen geformuleerd. Op basis van de gezinsgerichte benadering van de experimentele onderzoeksgroep is de verwachting dat het aandeel doelen *gezin* bij de experimentele onderzoeksgroep groter zal zijn dan bij de interne vergelijkingsgroep en de externe vergelijkingsgroep. Het is aannemelijk dat de uitwerking van de hulpvraag van de cliënt in bijbehorende einddoelen bij de experimentele onderzoeksgroep vanwege de gezinsgerichte benadering tot een groter aandeel doelen met betrekking tot het gezin zal leiden dan bij beide vergelijkingsgroepen.

Vanwege het uitgangspunt van vraaggericht werken, speelt in de hulpverlening van de experimentele onderzoeksgroep het vinden van oplossingen in de context van het gezin een belangrijke rol. Bij de experimentele onderzoeksgroep zal naar verwachting sprake zijn van een groter aandeel doelen *omgeving*, in het bijzonder een groter aandeel doelen met het oog op een groter en actiever *sociaal netwerk*.

Bij de experimentele onderzoeksgroep zal naar verwachting sprake zijn van een groter aandeel doelen in de categorie *probleembeschrijving* vanwege de aansluiting tussen de methodiek Gezin Centraal enerzijds en de onderwerpen die behoren tot *probleembeschrijving* anderzijds: het inzicht verwerven in positieve en risicofactoren binnen het gezin, het inzicht in het netwerk van het gezin en duidelijkheid over de vorm van hulpverlening die het beste aansluit.

In tabel 5.1. zijn het gemiddelde aantal einddoelen in totaal en de percentages per doelgebied weergegeven.

De doelen in de hulpverlening staan vooral in het teken van het *kind* en het *gezin*. Daarbinnen respectievelijk met name het *gedrag van het kind* en de *opvoe-*

Tabel 5.1: Gemiddeld aantal doelen en gemiddeld percentage einddoelen per doelgebied*

	interne vergelijkings- groep (N = 49)			experimentele onderzoeksgroep (N = 22)			externe vergelijkings- groep (N = 18)	
	M	SD		M	SD		M	SD
totaal aantal doelen	6,71	2,80		6,95	3,75		3,50 ^a	0,92
	M%	SD		M%	SD		M%	SD
kind								
emotie	5,3	9,5		6,1	8,0		2,8	8,1
gedrag	31,4	22,2		32,2	18,4		38,0	24,9
cognitie	7,7	10,1		4,4	8,2		3,9	9,0
lichaam	0,8	3,1		0,5	2,4		0,0	0,0
totaal	45,2	24,9		43,3	20,9		44,6	28,1
gezin								
ouder/verzorger	10,5	19,0	<	16,2	29,5	>	7,3	12,6
opvoeding	26,7	23,3	<	30,3	15,5	>	27,6	23,3
gezinsverhoudingen	7,7	10,8	...	5,7	10,4	>	4,4	10,3
situatie in gezin	1,6	7,4	...	0,0	0,0	...	1,9	7,9
totaal	46,5	25,4	<	52,2	23,4	>	41,1	31,7
omgeving								
sociaal netwerk	2,6	7,0	...	2,2	4,7	...	2,8	11,8
professioneel netwerk	1,2	4,6	<	1,9	6,3	>	1,1	4,7
totaal	3,9	8,5	<	4,1	7,3	>	3,9	12,4
probleembeschrijving								
probleemverheldering	1,6	4,6	:::	0,0 ^b	0,0	...	6,5	12,6
perspectief	1,9	7,9	...	0,5	2,4	...	3,9	9,0
totaal	3,5	10,0	...	0,5 ^c	2,4	:::	10,4	18,3
overig	1,0	3,3	>	0,0	0,0	...	0,0	0,0

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen. Als de verwachting uit komt, wordt gebruik gemaakt van enkele symbolen: '<' en '>'. Als de verwachting niet uit komt, wordt gebruik gemaakt van '...'. Dubbele symbolen ('<<' en '>>') bevestigen de verwachting *significant*, in geval van ':::' blijkt de verwachting *significant* niet uit te komen.

^a externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

^b experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

^c experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de externe vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

ding. Er werden in mindere mate doelen gesteld met betrekking tot de *omgeving* en *probleembeschrijving*.

Met behulp van ANOVA's is overall en per doelgebied nagegaan of de onderzoeksgroepen significant van elkaar verschillen (bijlage 3, tabel B5.1). In de externe vergelijkingsgroep wordt van minder doelen verslag gedaan ($F(2,86) = 9,966$; $p = 0,000$) dan in de experimentele onderzoeksgroep ($p = 0,001$) en in de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,000$). Echter, zoals genoemd dient dit verschil met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

In de experimentele onderzoeksgroep wordt verhoudingsgewijs meer aan gezinsdoelen gewerkt dan aan kinddoelen. Het verschil tussen het aandeel kinddoelen en gezinsdoelen is in de experimentele onderzoeksgroep groter dan in de interne en externe vergelijkingsgroep. Er is in de experimentele onderzoeksgroep in vergelijking met de beide vergelijkingsgroepen, gemiddeld aan een groter aandeel einddoelen met betrekking tot het *gezin* gewerkt. Het verschil is echter niet significant.

De onderzoeksgroepen verschillen niet significant van elkaar met betrekking tot de doelen *omgeving* ($F(2,86) = 0,003$; $p = 0,997$) en ook niet in het aandeel doelen *sociaal netwerk* (onderdeel van doelen *omgeving*) ($F(2,86) = 0,037$; $p = 0,963$).

In het aandeel doelen *probleemverheldering* verschillen de onderzoeksgroepen wel significant van elkaar ($F(2,86) = 5,216$; $p = 0,007$), maar tegengesteld aan de verwachting. In de experimentele onderzoeksgroep is het aandeel doelen *probleemverheldering* kleiner dan in de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,046$). Ook in het aandeel doelen *probleembeschrijving* verschillen de onderzoeksgroepen tegen de verwachting in significant van elkaar ($F(2,86) = 4,087$; $p = 0,020$). Het aandeel doelen *probleembeschrijving* is, Bonferroni getoetst, in de experimentele vergelijkingsgroep kleiner dan in de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,019$).

5.2.2 De vraag centraal

Hoewel de einddoelen waarvan bij afronding van de hulpverlening verslag gedaan wordt het meest zeggen over datgene waar de cliënt gedurende de hulpverlening aan gewerkt heeft, is het interessant om na te gaan of zich ten opzichte van de bij aanvang geformuleerde doelen per doelgebied verschuivingen hebben voorgedaan (tabel B5.2 en B5.3). Een voorzichtige aanname is, dat de vraag van de cliënt in de hulpverlening meer centraal heeft gestaan als de doelen bij afronding dezelfde zijn als bij aanvang van de hulpverlening, gemeten in percentages per doelgebied. Een eventuele verschuiving is positief uit te leggen als het een verschuiving betreft bij de experimentele onderzoeksgroep in het aandeel doelen *gezin*, dat vanwege de gezinsgerichte benadering van de methodiek toegenomen is.

In tabel 5.2. worden de gemiddelde verschillen in het totaal aantal einddoelen en de percentages per doelgebied weergegeven. In deze tabel duidt een *negatief* getal

Tabel 5.2: Gemiddeld verschil tussen aanvang en afronding in totaal aantal einddoelen en percentages einddoelen per doelgebied

	interne vergelijkingsgroep (N = 48)		experimentele groep (N = 22)		externe vergelijkingsgroep (N = 18)	
	M	SD	M	SD	M	SD
verschil totaal aantal doelen	0,3	2,9	0,2	3,1	-1,1 ^a	1,5
	M	SD	M	SD	M	SD
verschil in % doelen kind						
emotie	-2,6	18,8	-0,2	5,9	-0,2	8,0
gedrag	-5,3	23,9	6,2	15,5	3,8	34,0
cognitie	3,5 ^b	9,5	-0,0	6,9	1,1	6,3
lichaam	0,6	2,8	-0,0	0,0	0,0	0,0
totaal	-3,8	25,6	6,0	17,1	4,7	31,4
verschil in % doelen gezin						
ouder/verzorger	2,1	15,0	4,3	26,4	-2,9	16,6
opvoeding	1,8	23,6	-7,5	18,2	-2,9	30,5
gezinsverhoudingen	0,0	10,9	2,9	8,8	-0,7	14,4
situatie in gezin	-0,2	1,4	-3,8 ^c	9,9	1,9	7,9
totaal	3,7	26,0	-4,1	15,3	-4,6	32,4
verschil in % doelen omgeving						
sociaal netwerk	0,5	7,0	0,0	0,0	0,7	13,7
professioneel netwerk	0,5	2,1	1,9 ^c	6,3	-1,9	6,8
totaal	1,0	7,8	1,9	6,3	-1,1	15,3
verschil in % doelen probleembeschrijving						
probleemverheldering	-1,2	7,8	-2,4	8,1	2,7	13,2
perspectief	-0,0	0,0	-0,9	4,3	0,1	8,6
totaal	-1,2	7,8	-3,3	10,8	2,9	15,8
overig	0,3	4,5	-0,5	2,1	-1,9	5,4

^a in de externe vergelijkingsgroep significant verschil tussen aanvang en afronding, $p < 0,05$;

^b in de interne vergelijkingsgroep significant verschil tussen aanvang en afronding, $p < 0,05$;

^c experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de externe vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

op het feit dat er bij aanvang van de hulpverlening een groter aandeel einddoelen opgesteld is met betrekking tot het betreffende doelgebied in vergelijking met het aandeel einddoelen bij afronding. De aandacht voor het betreffende doelgebied is gedurende het hulpverleningstraject *afgenomen*. Een *positief* getal duidt er op dat er bij afronding van de hulpverlening van een groter aandeel einddoelen met betrekking tot het betreffende doelgebied verslag gedaan wordt in vergelijking met de doelen bij aanvang. De aandacht voor het betreffende doelgebied is in die gevallen *toegenomen*.

De uitkomsten uit tabel 5.2 zijn per onderzoeksgroep met een t-toets voor gepaarde steekproeven twee-zijdig getoetst op significantie. Hieruit komt naar voren, dat in de externe vergelijkingsgroep bij afronding van de hulpverlening van significant minder *totaal aantal einddoelen* verslag gedaan wordt dan bij aanvang ($t = 3,038$; $df = 17$; $p = 0,007$). Dit wordt verklaard door de wijze waarop van de einddoelen verslag gedaan wordt (digitaal met een beperkt aantal velden beschikbaar).

Daarnaast blijkt dat er in de interne vergelijkingsgroep een significante verschuiving in het percentage einddoelen *cognitie* van het kind heeft plaatsgevonden ($t = -2,586$; $df = 47$; $p = 0,013$). In de interne vergelijkingsgroep is het aandeel einddoelen *cognitie* met 3,5% toegenomen. Alle overige gesignaleerde verschuivingen per onderzoeksgroep in het aandeel doelen per doelgebied zijn niet significant.

De aanname is dat de vraag van de cliënt in de hulpverlening beter centraal heeft gestaan als er bij afronding in gelijke verhoudingen verslag gedaan wordt van de doelen per doelgebied als bij aanvang van de hulpverlening. Deze aanname houdt vrijwel voor alle onderzoeksgroepen stand (uitzondering vormt de interne vergelijkingsgroep waarin alleen de doelen met betrekking tot *cognitie* van het kind zijn toegenomen).

Hoewel het overgrote deel van de gesignaleerde verschuivingen binnen de drie onderzoeksgroepen niet significant is, is nagegaan of de onderzoeksgroepen onderling significant verschillen in de omvang van de verschuivingen in het aandeel per doelgebied waarop de einddoelen waaraan gewerkt is, betrekking hebben. Met behulp van ANOVA's is dit geanalyseerd (tabel B5.4.). Er is sprake van een significant verschil in de omvang van de verschuiving van doelen *situatie in gezin* $F(2,85) = 4,526$; $p = 0,014$). In de experimentele onderzoeksgroep is de omvang van het aandeel doelen *situatie in gezin* afgenomen (3,8%). In vergelijking met de externe vergelijkingsgroep waarin het aandeel doelen *situatie in gezin* met 1,9% is toegenomen, verschilt de experimentele onderzoeksgroep hierin significant ($p = 0,014$), Bonferroni getoetst.

Er is tevens sprake van een significant verschil tussen de onderzoeksgroepen in de omvang van de verschuiving in het aandeel doelen *professioneel netwerk* ($F(2,85) = 3,333$; $p = 0,040$). De experimentele onderzoeksgroep verschilt met een toename van 1,9% van de externe vergelijkingsgroep waarin sprake is van een afname (1,9%) in het aandeel doelen *professioneel netwerk* ($p = 0,037$).

5.2.3 Samenvatting doelen

In de experimentele onderzoeksgroep is gemiddeld meer aan *gezinsdoelen* gewerkt dan aan *kinddoelen*. In vergelijking met de interne en externe vergelijkingsgroep is het verschil tussen het aandeel *gezinsdoelen* en het aandeel *kinddoelen* groter in de experimentele onderzoeksgroep. In de experimentele onderzoeksgroep is het

aandeel einddoelen *gezin* echter tegen de verwachting in niet significant groter dan in de interne en externe vergelijkingsgroep. Van een groter aandeel doelen *omgeving* is tegen de verwachting in in de experimentele onderzoeksgroep eveneens geen sprake.

Op basis van de vraaggerichte en gezinsgerichte methodiek van Gezin Centraal is de verwachting uitgesproken dat er op het doelgebied *probleembeschrijving* van een groter aandeel einddoelen sprake zou kunnen zijn. In de experimentele onderzoeksgroep is het aandeel doelen *probleemverheldering* (onderdeel van *probleembeschrijving*) echter significant kleiner dan in de interne vergelijkingsgroep. Het aandeel doelen *probleembeschrijving* is in de experimentele vergelijkingsgroep significant kleiner dan in de externe vergelijkingsgroep.

De mate waarin de vraag centraal heeft gestaan in de hulpverlening wordt bezien vanuit het perspectief dat de einddoelen zoals bij afronding geformuleerd, een soortgelijke percentuele verdeling over de doelgebieden laten zien als de einddoelen bij aanvang. Hier blijkt in de drie onderzoeksgroepen vrijwel op alle doelgebieden sprake van te zijn. Er doen zich praktisch geen significante verschuivingen voor. In dit opzicht is hiermee een indicatie verkregen dat de vraag van de cliënt in de hulpverlening van de drie onderzoeksgroepen centraal heeft gestaan.

5.3 Kenmerken ontvangen hulpverlening

5.3.1 Modulegebruik en type hulpverlening

Van de hulpverleningstrajecten van de cliënten die in het onderzoek gevolgd worden, is bekend uit welke modules de trajecten zijn opgebouwd (tabel B5.5). Vanwege de flexibele inzet van het hulpverleningsaanbod is de verwachting dat in de experimentele onderzoeksgroep van meer modules gebruik gemaakt zal zijn dan in de beide vergelijkingsgroepen. Het gemiddeld aantal modules waar door cliënten gebruik van wordt gemaakt is weergegeven in tabel 5.3.

Op basis van een ANOVA verschillen de onderzoeksgroepen significant van elkaar in het gemiddelde aantal modules waarvan gebruikt gemaakt wordt ($F(2,112) = 13,903$; $p = 0,000$). In de externe vergelijkingsgroep wordt van significant minder modules gebruik gemaakt dan in de experimentele onderzoeksgroep ($p = 0,000$) en de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,000$). De verwachting dat in de experimentele onderzoeksgroep van meer modules gebruik gemaakt is, komt alleen in vergelijking met de externe vergelijkingsgroep uit.

In totaal werd door de drie onderzoeksgroepen van 31 verschillende modules gebruik gemaakt. In tabel 5.4 wordt het gebruik van hulpverlening per onderzoeksgroep weergegeven.

Tabel 5.3: Gemiddeld aantal modules per onderzoeksgroep

	interne vergelijkingsgroep (N = 68)		experimentele groep (N = 27)		externe vergelijkingsgroep (N = 20)	
	M	SD	M	SD	M	SD
gemiddeld aantal modules	2,1	0,9	2,6	1,1	1,2 ^a	0,4

^a externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

Tabel 5.4: Gebruik van hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (N = 68)		experimentele groep (N = 27)		externe vergelijkingsgroep (N = 20)	
ambulante hulpverlening aan het kind						
individueel	3	(4%)	17	(63%)	0	(0%)
in groepsverband	15	(22%) ^a	2	(7%)	0	(0%)
daghulpverlening aan het kind						
in groepsverband	41	(60%) ^b	19	(60%) ^b	1	(5%)
dag- nachthulpverlening aan het kind						
individueel	0	(0%)	0	(0%)	1	(5%)
in groepsverband	2	(3%)	0	(0%)	0	(0%)
ambulante hulpverlening aan gezin						
individueel	68	(100%) ^d	27	(100%) ^c	20	(100%) ^a
in groepsverband	0	(0%)	1	(4%)	0	(0%)

^a in twee gevallen betreft het hier cliënten die van twee modules in deze categorie gebruik gemaakt hebben;

^b in één geval betreft het hier een cliënt die van twee modules in deze categorie gebruik gemaakt heeft;

^c in drie gevallen betreft het hier cliënten die van twee modules in deze categorie gebruik gemaakt hebben;

^d in negen gevallen betreft het hier cliënten die van twee modules in deze categorie gebruik gemaakt hebben;

Hoewel op basis van de aantallen en percentages helder wordt aan welke hulpverleningsvormen cliënten in de verschillende onderzoeksgroepen deelgenomen hebben, wordt uit tabel 5.4 niet volledig duidelijk in welke combinatie de betreffende hulpverlening mogelijk heeft plaatsgevonden. In alle gevallen is er sprake van een vorm van *individuele ambulante hulpverlening aan het gezin*. Hier leiden we uit af dat deze zorg in sommige gevallen gecombineerd wordt met hulpverlening uit één van de andere categorieën (tabel B5.6 en tabel 5.5).

De hulpverlening wordt zoals ingedeeld in tabel 5.5 vanwege oplopende mate van ingrijpendheid als een ordinale variabele beschouwd. De verschillen tussen de

Tabel 5.5: Combinaties hulpverlening in aantallen en percentages

	interne vergelijkingsgroep (N = 68)		experimentele groep (N = 27)		externe vergelijkingsgroep (N = 20)	
ambulante hulp aan het gezin	22	(32%)	8	(29%)	18	(90%)
ambulante hulp aan het gezin & daghulp en/of eventueel ambulante hulp aan het kind	44	(65%)	19	(71%)	1	(5%)
ambulante hulp aan het gezin & dag- nachthulpverlening & eventueel daghulp en/of ambulante hulp aan het kind	2	(3%)	0		1	(5%)
totaal	68	(100%)	27	(100%)	20	(100%)

onderzoeksgroepen worden getoetst met behulp van een Kruskal Wallis toets. Hieruit blijkt dat de verschillen tussen de onderzoeksgroepen significant zijn (Kruskal-Wallis-toets $\chi^2 = 19,846$; $df = 2$; $p = 0,000$). De gemiddelde rangscores zijn voor de experimentele groep ($n = 27$) 63,91 en de interne vergelijkingsgroep ($n = 68$) 63,37 en voor de externe vergelijkingsgroep ($n = 20$) 31,78. We leiden hieruit af dat de experimentele groep en de interne vergelijkingsgroep het meest op elkaar lijken ten aanzien van de geleverde zorg en dat deze zorg ingrijpender is dan de hulpverlening die in de externe vergelijkingsgroep geboden is.

Op basis van eerdere rapportages met betrekking tot Gezin Centraal (Bolt, 2003) is de verwachting dat *ambulante hulp aan het gezin* bij de experimentele groep korter duurt dan bij beide vergelijkingsgroepen.

De ambulante hulp aan het gezin in combinatie met andere hulp (bijvoorbeeld daghulp en/of individuele hulp aan het kind) duurt over het algemeen een jaar en daarmee twee keer zo lang als de ambulante hulp zonder aanvullende modules (acht tot negen maanden) (tabel 5.6).

De onderzoeksgroepen verschillen in de gevallen dat er alleen sprake is van *ambulante hulp aan het gezin* niet significant van elkaar in de gemiddelde duur van deze hulp ($F(2,45) = 0,409$; $p = 0,666$). Het verschil in gemiddelde duur van de *ambulante hulp aan het gezin in combinatie met daghulp en/of eventuele ambulante hulp aan het kind*, tussen de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep is getoetst met behulp van een t-toets (twee-zijdig getoetst) en is eveneens niet significant ($t = 1,299$; $df = 61$; $p = 0,199$). Van de eerder geschetste verwachting dat de hulpverlening in de experimentele onderzoeksgroep van kortere duur is, komt niet uit.

Van het overgrote deel van de cliënten dat de ambulante hulp aan het gezin eventueel combineert met daghulp en/of ambulante hulp aan het kind, neemt het

Tabel 5.6: Duur ambulante hulp aan het gezin per combinatie hulpverlening in weken

	interne vergelijkingsgroep (N = 68)			experimentele onderzoeksgroep (N = 27)			externe vergelijkingsgroep (N = 20)		
	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N
ambulante hulp aan het gezin	32,3	13,5	22	37,0	23,4	8	31,4	14,7	18
ambulante hulp aan het gezin & eventueel daghulp en/of ambulante hulp aan het kind	52,9	26,9	44	61,7	18,8	19	51,0	–	1
ambulante hulp aan het gezin & dag- nachthulpverlening & eventueel daghulp en/of ambulante hulp aan het kind	74,0	9,9	2	–	–	0	32,0	–	1

kind deel aan daghulp. In de experimentele onderzoeksgroep wordt ambulante hulp aan het kind overwegend individueel geboden. In de interne vergelijkingsgroep ligt het accent op ambulante hulp in groepsverband. De duur van daghulp, ambulante hulp individueel en in groepsverband aan het kind is weergegeven in tabel 5.7.

Tabel 5.7: Duur daghulp, ambulante hulp individueel en in groepsverband aan het kind in weken

	interne vergelijkingsgroep (N = 44)			experimentele onderzoeksgroep (N = 19)			externe vergelijkingsgroep (N = 1)		
	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N
daghulp	39,0	18,3	41	43,9	16,2	19	42,0	–	1
ambulante hulp aan kind individueel	18,3	23,1	3	42,9 ^a	16,1	17			
ambulante hulp aan kind in groepsverband	31,9	40,5	15	10,5	3,5	2			

^a experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de interne vergelijkingsgroep $p < 0,05$;

Het verschil in gemiddelde duur van *daghulp* tussen de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep is niet significant ($t = 1,004$; $df = 58$; $p = 0,320$). In de experimentele onderzoeksgroep duurt de *individuele ambulante hulp aan het kind* gemiddeld significant langer dan in de interne vergelijkingsgroep ($t = 2,306$; $df = 18$; $p = 0,033$). Het verschil in gemiddelde duur van *ambulante hulp aan kind in groepsverband* tussen de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep is niet significant ($t = -0,725$; $df = 15$; $p = 0,480$).

5.3.2 Overige kenmerken

Eén van de kenmerken van het proces van hulpverlening is het mogelijk tussentijds overdragen van de hulpverlening aan een andere hulpverlener. Hiervoor bestaan in de methodiek van Gezin Centraal geen richtlijnen. In algemene zin wordt het ongunstig beschouwd als de hulpverlening halverwege overgedragen wordt op een andere professional. De verwachting is dat dit fenomeen in de onderzoeksgroepen in gelijke mate en relatief weinig voor komt. In tabel 5.8. wordt zichtbaar in hoeveel gevallen hier sprake van geweest is met betrekking tot de hulpverlener die de ambulante individuele hulp aan het gezin heeft geboden.

Tabel 5.8: Frequentie overdracht van gezinsbegeleiding

	interne vergelijkingsgroep (N = 68)		experimentele onderzoeksgroep (N = 27)		externe vergelijkingsgroep (N = 20)	
tussentijdse wijzigingen in gezinsbegeleider						
geen wijzigingen	63	(93%)	23	(85%)	18	(90%)
één keer gewijzigd	5	(7%)	4	(15%)	2	(10%)

De onderzoeksgroepen verschillen niet significant van elkaar in het aantal gevallen waarin de hulp aan het gezin tussentijds overgedragen is aan een collega gezinsbegeleider ($\text{Chi}^2 = 1,249$; $\text{df} = 2$; $p = 0,535$).

Ook in de daghulp of individuele ambulante hulp aan het kind kan sprake zijn van een overdracht van de hulpverlening aan een andere coach. Van de experimentele onderzoeksgroep is van 16 cliënten (94%) die hulp ontvingen van een coach bekend of er al dan niet sprake is geweest van het tussentijds overdragen van de hulpverlening aan een andere coach. In de individuele ambulante hulpverlening aan het kind in de experimentele onderzoeksgroep, is in zeven (44%) gevallen de zorg aan de cliënt één ($n = 4$) of twee ($n = 3$) keer door de coach op een andere coach overgedragen. Van de overige onderzoeksgroepen is in alle gevallen bekend dat er geen sprake is geweest van overdracht. Dit verschil tussen de experimentele onderzoeksgroep en de interne en externe vergelijkingsgroep is significant ($\text{Chi}^2 = 20,897$; $\text{df} = 2$; $p = 0,000$). Tegen de verwachting in is er in de experimentele onderzoeksgroep vaker sprake van overdracht van hulpverlening door de coach van de dagleergroep.

Met behulp van de Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH) is geïnventariseerd wie uit het gezin betrokkenen waren bij de hulpverlening, waar de hulpverlening voornamelijk heeft plaatsgevonden en, wanneer gezinsbegeleiding met daghulpver-

lening gecombineerd werd, hoe men de afstemming tussen de gecombineerde zorg heeft ervaren (tabel 5.9 t/m 5.11).

De verwachting is dat in de experimentele onderzoeksgroep cliënten, gezinsbegeleiders en coaches vaker aan zullen geven dat het hele gezin bij de hulpverlening betrokken was. Daarnaast is de verwachting dat de afstemming tussen gezinsbegeleiding en daghulp in de experimentele onderzoeksgroep door de betrokkenen hoger gewaardeerd wordt.

Tabel 5.9: Betrokkenen en locatie gezinshulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (N = 68)		experimentele onderzoeksgroep (N = 27)		externe vergelijkingsgroep (N = 20)	
	cliënt	IGB	cliënt	IGB	cliënt	IGB
betrokkenen bij de gezinshulpverlening						
het hele gezin	13 (19%)	23 (34%)	4 (15%)	5 (19%)	11 (55%)	8 (40%)
ouder(s)/verzorger(s) en kind	10 (15%)	17 (25%)	3 (11%)	6 (22%)	4 (20%)	9 (45%)
alleen de ouder(s)/verzorger(s)	2 (3%)	7 (10%)	0 (0%)	4 (15%)	0 (0%)	1 (5%)
missing	43 (63%)	21 (31%)	20 (74%)	12 (44%)	5 (25%)	2 (10%)
locatie gezinshulpverlening						
bij het gezin thuis	23 (34%)	36 (53%)	6 (22%)	12 (44%)	14 (70%)	18 (90%)
bij de instelling	0 (0%)	4 (6%)	1 (4%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
missing	45 (66%)	28 (41%)	20 (74%)	14 (52%)	6 (30%)	2 (10%)

Bij de hulpverlening zijn maar in weinig gevallen alleen de ouders betrokken. In de meeste gevallen zijn of het hele gezin of de ouders en het kind betrokken. De gezinsbegeleiding vindt voornamelijk bij het gezin thuis plaats

De onderzoeksgroepen verschillen onderling niet significant in wie er bij de gezinshulpverlening betrokken zijn geweest, noch naar de mening van de cliënt ($\text{Chi}^2 = 3,047$; $\text{df} = 4$; $p = 0,550$), noch naar de mening van de gezinsbegeleider ($\text{Chi}^2 = 3,671$; $\text{df} = 4$; $p = 0,452$). In de experimentele onderzoeksgroep geven betrokkenen niet significant vaker aan dat het hele gezin bij de hulpverlening betrokken wordt. Ook in de locatie waar de gezinsbegeleiding plaats vindt verschillen de drie onderzoeksgroepen niet significant van elkaar, noch naar de mening van de cliënt ($\text{Chi}^2 = 3,679$; $p = 0,159$), noch naar de mening van de gezinsbegeleider ($\text{Chi}^2 = 1,684$; $p = 0,461$).

Bij de daghulp zijn met name ouders en kind betrokken, slechts in een enkel geval wordt er verslag van gedaan dat alleen het kind als betrokkene bij de daghulp is geweest. Huisbezoeken van de coach zijn meer uitzondering dan regel. In een

Tabel 5.10: Betrokkenen daghulp en huisbezoek coach

	interne vergelijkingsgroep (N = 41)		experimentele onderzoeksgroep (N = 19)	
	cliënt	coach	cliënt	coach
betrokkenen bij de daghulp				
het hele gezin	3 (7%)	8 (20%)	2 (11%)	4 (21%)
ouder(s)/verzorger(s) en kind	12 (29%)	24 (59%)	0 (0%)	9 (47%)
alleen de ouder(s)/verzorger(s)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
alleen het kind	2 (5%)	2 (5%)	1 (5%)	0 (0%)
missing	23 (56%)	7 (17%)	16 (84%)	6 (32%)
huisbezoek coach				
nooit	8 (20%)	16 (39%)	2 (11%)	4 (21%)
minder dan één keer per maand	5 (12%)	16 (39%)	0 (0%)	6 (32%)
één keer per maand	2 (5%)	2 (5%)	1 (5%)	4 (21%)
twee keer per maand	2 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
vaker dan twee keer per maand	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)
missing	23 (56%)	6 (15%)	16 (84%)	5 (26%)

enkel geval kwam de coach regelmatig (1 of meer keer per maand) bij het gezin thuis.

De experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep verschillen niet significant in wie er naar de mening van de coach bij de gezinshulpverlening betrokken zijn geweest ($\text{Chi}^2 = 0,259$; $\text{df} = 1$; $p = 0,611$). De coaches van de experimentele onderzoeksgroep geven niet significant vaker aan dat het hele gezin bij de daghulp betrokken wordt. Ook wat betreft het eventuele huisbezoek van de coach verschillen de twee onderzoeksgroepen niet van elkaar, noch naar de mening van de cliënt ($\text{Chi}^2 = 0,509$; $\text{df} = 1$; $p = 0,462$), noch naar de mening van de coach ($\text{Chi}^2 = 1,217$; $\text{df} = 1$; $p = 0,219$).

De afstemming tussen de gezinsbegeleiding en de daghulp wordt hoog gewaardeerd. In de experimentele onderzoeksgroep waarderen de professionals de afstemming hoger dan de cliënten. In de interne vergelijkingsgroep is hier alleen sprake van in de vergelijking tussen de coach van de daghulp en de cliënt.

De experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep verschillen niet significant in de waardering van de afstemming tussen de gezinsbegeleiding en de daghulp, noch wat betreft de cliënt ($t = 0,023$; $\text{df} = 17$; $p = 0,982$), noch wat betreft de gezinsbegeleider ($t = 0,701$; $\text{df} = 35$; $p = 0,488$) en ook niet naar de mening

Tabel 5.11: Afstemming gezinsbegeleiding en daghulp

	interne vergelijkingsgroep (N = 41)			experimentele onderzoeksgroep (N = 19)		
	cliënt	IGB	coach	IGB	cliënt	coach
waardering van de afstemming gezinsbegeleiding & daghulp						
N	16	28	32	3	9	12
M	8,3	8,2	8,4	8,3	8,4	8,6
SD	0,3	0,2	0,2	1,2	0,3	0,2
missing	25 (61%)	13 (32%)	9 (22%)	16 (84%)	10 (53%)	7 (37%)

van de coach ($t = 0,573$; $df = 42$; $p = 0,570$). De verwachting dat de experimentele onderzoeksgroep hierin hoger zou scoren, wordt niet bevestigd.

5.3.3 Samenvatting kenmerken ontvangen hulpverlening

In de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep wordt gemiddeld van significant meer modules gebruik gemaakt dan in de externe vergelijkingsgroep. De experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep lijken het meest op elkaar ten aanzien van de hulpverlening. Deze zorg is ingrijpender (in meer dan de helft van de gevallen wordt *ambulante hulp aan het gezin* gecombineerd met *daghulp* en of *individuele ambulante hulp aan het kind*) dan de hulpverlening die in de externe vergelijkingsgroep geboden is (vrijwel alleen *ambulante hulp aan het gezin*).

De onderzoeksgroepen verschillen in de gevallen dat er alleen sprake is van *ambulante hulp aan het gezin* niet significant van elkaar in de gemiddelde duur van deze hulp. Deze gezinsbegeleiding duurt in de regel 8 tot 9 maanden. Ook het verschil in gemiddelde duur van *ambulante hulp aan het gezin in combinatie met daghulp en/of eventuele ambulante hulp aan het kind*, tussen de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep is niet significant. Gezinbegeleiding in dit verband duurt ongeveer een jaar. De daghulp duurt 8 tot 10 maanden

De onderzoeksgroepen verschillen niet significant van elkaar in het aantal keren dat de *ambulante hulp aan het gezin* door de gezinsbegeleider overgedragen is op een collega. Dit komt in ongeveer 10% van de gevallen voor. In de experimentele onderzoeksgroep is de *daghulp* of *individuele ambulante hulp aan het kind* wel significant vaker overgedragen door de coach op een collega dan in de interne en externe vergelijkingsgroep.

Het proces van hulpverlening wordt verder gekenmerkt door degenen die bij de hulpverleningscontacten betrokken zijn. Dit blijken in de meeste gevallen het hele gezin of de ouders en het kind te zijn. Hierin verschillen de onderzoeksgroepen niet van elkaar. In de experimentele onderzoeksgroep wordt niet significant vaker aangegeven dat het hele gezin bij de hulpverlening betrokken is. Daarnaast wordt de afstemming tussen meerdere hulpverleners in de experimentele onderzoeksgroep door geen van de betrokkenen significant hoger gewaardeerd. Het oordeel over de afstemming is in alle gevallen behoorlijk hoog: 8 op een schaal van 0–10.

5.4 Kenmerken, inhoud en verloop ambulante hulp aan het gezin

5.4.1 Kenmerken ambulante hulp aan het gezin

Van de contacten die in het kader van *ambulante hulp aan het gezin* hebben plaatsgevonden, heeft een deel van de gezinsbegeleiders met behulp van de Verrichtingenlijst op de bijbehorende verrichtingenkaart de kenmerken bijgehouden (tabel 5.12). De verwachting is dat in de experimentele onderzoeksgroep vaker verslag gedaan wordt van contacten waarbij het hele gezin betrokken is en dat er vanwege het vraaggericht werken meer *voortgangsgesprekken* gevoerd worden. Op basis van de methodiek Gezin Centraal is er geen aanleiding om aan te nemen dat de onderzoeksgroepen in de overige kenmerken van de hulpverleningscontacten van elkaar verschillen.

De ambulante hulp aan het gezin heeft voornamelijk in face to face contacten vorm gekregen. De gesprekken duurden gemiddeld iets meer dan een uur en bij de gesprekken waren in de helft van de gevallen ouders betrokken. De gesprekken betroffen voornamelijk *reguliere hulpverleningsgesprekken* of *voortgangsgesprekken*.

Met behulp van ANCOVA's is nagegaan of de onderzoeksgroepen significant van elkaar verschillen in kenmerken van de ambulante hulp aan het gezin (tabel B5.7) gecorrigeerd voor het kader waarbinnen de ambulante hulp aan het gezin plaats heeft gevonden (*alleen ambulante hulp aan het gezin* of *ambulante hulp aan het gezin in combinatie met een ander vorm van hulp*).

Het verschil in gemiddeld *aantal contacten per hulpverleningstraject* blijkt significant ($F(2,91) = 4,019$; $p = 0,021$). In de experimentele onderzoeksgroep vinden per cliënt significant meer contacten plaats dan in de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,024$).

Ook in de gemiddelde *intensiteit* verschillen de onderzoeksgroepen significant van elkaar ($F(2,91) = 3,176$; $p = 0,046$). Uit de post-hoc vergelijking wordt echter niet duidelijk welke groepen significant van elkaar verschillen.

Wat betreft de typering van contacten wordt duidelijk dat de onderzoeksgroe-

Tabel 5.12: Kenmerken ambulante hulp aan het gezin*

	interne vergelijkings- groep (N = 56)		experimentele onderzoeksgroep (N = 19)		externe vergelijkings- groep (N = 19)	
	M	SD	M	SD	M	SD
aantal maanden per hulpverleningstraject	9,6	4,1	12,2	5,1	7,1	2,4
aantal contacten per hulpverleningstraject	23,8	12,7	32,0 ^a	12,5	22,0	9,0
intensiteit (aantal contacten per maand)	2,4 ^b	0,8	2,6	0,7	2,9	1,0
	M%	SD	M%	SD	M%	SD
wijze van contact						
face to face contacten	86,1	13,7	91,4	6,1	86,9	11,1
telefonische contacten	11,0	12,6	7,5	5,5	11,5	11,4
missing	3,0	6,6	1,1	2,4	1,6	3,3
duur contacten (minuten)						
duur face to face contacten	65,0	10,0	62,6	6,2	62,8	10,9
duur telefonische contacten	19,5	16,4	12,5	5,0	15,3	8,1
duur missing	53,0	15,7	46,7	23,1	37,1	11,3
betrokkenen						
ouder(s)	46,0	23,4	57,1	19,2	54,1	22,8
gezin (ouder(s) en kinderen)	28,7	23,1	19,0	17,1	36,3	24,6
groep (meerdere ouder(s) of betrokkenen)	20,5	16,3	18,6	12,6	3,6	6,3
missing	4,8	6,5	5,3	4,9	5,9	6,7
type contact						
kennismakingsgesprek	5,9	6,0	8,1	8,6	11,1	10,2
afstemmingsgesprek	7,3	7,6	4,4	4,4	9,0	9,5
regulier hulpverleningsgesprek	44,2 ^b	26,0	28,3	29,8	26,3	32,7
voortgangsgesprek	7,7 ^c	15,6	17,6	18,3	28,2	27,5
driehoeksoverleg	8,4	10,0	9,8	12,8	2,5	3,5
afsluitingsgesprek	4,2	4,6	2,1	2,6	7,0 ^d	6,0
anders	9,3	12,9	5,9	9,1	2,7	3,5
missing	13,0	24,8	23,8	28,5	13,3	28,2

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen, zie voor de betekenis tabel 5.1

^a experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de externe vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

^b overall significant verschil, $p < 0,05$;

^c interne vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep en de externe vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

^d externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep, $p < 0,05$;

pen onderling significant verschillen in het percentage *reguliere hulpverleningsgesprekken* ($F(2,91) = 5,282$; $p = 0,007$). Uit de post-hoc vergelijking wordt echter niet duidelijk welke groepen significant van elkaar verschillen.

In het gemiddelde percentage *voortgangsgesprekken* verschillen de onderzoeksgroepen significant van elkaar ($F(2,91) = 16,126$; $p = 0,000$). De interne vergelijkingsgroep doet significant minder verslag van voortgangsgesprekken dan de experimentele onderzoeksgroep ($p = 0,001$) en de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,000$).

Tot slot wordt duidelijk dat er sprake is van een significant verschil in het gemiddelde percentage *afsluitingsgesprekken* tussen de experimentele onderzoeksgroep en de externe vergelijkingsgroep ($F(2,91) = 3,970$; $p = 0,022$). In de externe vergelijkingsgroep is sprake van een hoger gemiddeld percentage afsluitingsgesprekken dan in de experimentele onderzoeksgroep ($p = 0,043$) en de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,009$).

Bij afwezigheid van een significant verschil komt de verwachting dat er in de experimentele onderzoeksgroep vaker sprake zou zijn van contacten met het hele gezin, niet uit. De verwachting dat in de experimentele onderzoeksgroep meer aandacht voor voortgangsgesprekken bestaat wordt alleen in vergelijking met de interne vergelijkingsgroep bevestigd.

5.4.2 Inhoud ambulante hulp aan het gezin

Met de verslaglegging aan de hand van de Verrichtingenlijst en bijbehorende verrichtingenkaart wordt, naast de kenmerken van de contacten, inzichtelijk waaruit het hulpverlenend handelen van de gezinsbegeleider tijdens de contacten met de cliënt heeft bestaan (tabel 5.13).

Met betrekking tot de inhoud van de 'gereedschapskist', de verrichtingenlijst, die de hulpverleners tot hun beschikking hebben, gaat op basis van de theorie van het vraaggericht werken de aandacht specifiek uit naar acht verrichtingen en een overall verrichtingengebied:

Met betrekking tot de *mate waarin de vraag centraal* staat gedurende het hulpverleningstraject wordt in de nadere analyse ingezoomd op:

- bespreken van de hulpvraag van het gezin (B1)
- doelen stellen met cliënt(en) (B11)
- evalueren en/of aanpassen van doelen en hulpproces (B12)
- werkpunten stellen met cliënt(en) (C1)
- evalueren en/of aanpassen van werkpunten (C2)

Met betrekking tot de *vraaggerichte houding van de hulpverlener* wordt nader gekeken naar:

- onderhouden van een werkrelatie (overall A)
- geven van complimenterende feedback (C₃)

Met betrekking tot de *participatie van de cliënt* wordt onder de loep genomen:

- bespreken van de perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B₂)
- bespreken van krachten in het gezin (B₃)

De verwachting is dat de experimentele onderzoeksgroep op deze gebieden hogere percentages zal weergeven dan de interne en externe vergelijkingsgroep. In tabel 5.13 is weergegeven of deze verwachtingen al dan niet bevestigd worden.

De meeste aandacht in de ambulante hulp aan het gezin gaat uit naar het *werken aan (gedrag)verandering*, daarna naar het *verzamelen van informatie* en het *onderhouden van een werkrelatie*. Naar *oplossingen vinden in de omgeving* en *taken verlichten* gaat beperkt de aandacht uit.

Van het gemiddeld aantal verrichtingen per contact en de acht als vraaggericht aangemerkte verrichtingen en het het onderhouden van een werkrelatie als cluster vraaggerichte verrichtingen, is nagegaan of de onderzoeksgroepen onderling significant verschillen in het gemiddelde percentage (tabel B5.8). Omdat de verwachting is dat het gebruik van hulpverlening (*ambulante hulp aan het gezin* of *ambulante hulp aan het gezin in combinatie met een andere vorm van zorg*) als confounder van invloed kan zijn op de gevonden significante verschillen zijn ANCOVA's uitgevoerd. Deze analyses leiden niet tot andere inzichten.

In de externe vergelijkingsgroep wordt significant ($F(2,91) = 3,582$; $p = 0,032$) minder verslag gedaan van het *onderhouden van de werkrelatie* dan in de experimentele onderzoeksgroep ($p = 0,048$) en de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,011$).

Er is sprake van een significant verschil in het *bespreken van krachten in en om het gezin* ($F(2,91) = 3,481$; $p = 0,035$). Uit de post-hoc analyses wordt echter niet zichtbaar op welke groepen dit verschil betrekking heeft. De trend is echter dat in de interne vergelijkingsgroep hier meer aandacht naar uit gaat.

Het *evalueren en of aanpassen van werkpunten* wordt in de externe vergelijkingsgroep significant ($F(2,91) = 6,559$; $p = 0,002$) minder vaak toegepast dan in de experimentele onderzoeksgroep ($p = 0,029$) en dan in de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,000$). De verwachting dat in de experimentele onderzoeksgroep meer aandacht uitgaat naar het *evalueren en of aanpassen van werkpunten* wordt in vergelijking met de externe vergelijkingsgroep bevestigd.

Tabel 5.13: Inhoud ambulante hulp aan het gezin*

	interne vergelijgings- groep (N = 56)		experimentele groep (N = 19)		externe vergelijgings- groep (N = 19)	
	M	SD	M	SD	M	SD
	M%		M%		M%	
gemiddeld aantal verrichtingen per contact	4,0	1,0	3,9	0,7	4,3	0,7
onderhouden van een werkelijkheid (A)	20,7	11,8	<		13,3 ^a	8,0
invloegen (A1)	4,9	3,8	4,9	2,9	2,7	1,6
bieden van emotionele steun (A2)	3,4	3,6	5,6	4,6	3,1	2,0
complimenterende feedback op communicatie in het hulpproces (A3)	2,5	2,6	1,9	1,5	1,5	1,8
feedback op ongewenst gedrag in communicatie (A4)	0,8	1,5	0,4	0,6	1,0	2,1
informeren (A5)	5,2	4,0	4,2	2,3	2,9	2,2
communiceren over de samenwerkingsrelatie en het hulpproces (A6)	3,5	3,3	2,7	2,1	1,8	3,5
anders, namelijk... (A7)	0,4	1,1	1,3	2,1	0,3	0,7
verzamenen van informatie (B)	25,6	10,7	21,7	8,5	24,3	9,6
bespreken hulpvraag van het gezin (B1)	4,9	2,9	...		5,5	4,4
bespreken perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B2)	3,7	2,4	...		3,3	4,1
bespreken krachten in en om het gezin (B3)	4,0 ^b	3,1	...		2,4	2,2
observeren uit eerste hand (B4)	1,2	2,0	1,2	1,4	2,0	1,9
zelfobservatie m.b.v. videobeelden (B5)	0,1	0,4	0,4	0,8	0,2	0,5
werken met observatie- en registratieopdrachten (B6)	1,0	1,5	0,5	1,0	0,7	2,3
werken met vragenlijsten (B7)	0,3	0,7	0,7	0,8	1,3	1,8
competentieanalyse (B8)	0,6	1,3	0,4	0,7	0,5	1,5
netwerkanalyse (B9)	0,6	1,1	0,5	1,1	0,6	0,9
analyse van veiligheid (B10)	0,5	1,4	0,3	1,0	0,8	1,5
doelen stellen met cliënt(en) (B11)	3,2	2,3	...		3,2	2,6
evalueren en/of aanpassen van doelen en hulpproces (B12)	4,1	3,9	<		2,6	2,9
aanbieden hulparrangement (B13)	1,5	2,0	0,8	1,1	1,1	1,2
anders, namelijk... (B14)	0,2	0,5	0,2	0,4	0,3	0,6

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen, zie voor de betekenis tabel 5.1
a externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep, p<0,05;
b interne vergelijkingsgroep verschilt significant van de externe vergelijkingsgroep, p<0,05;

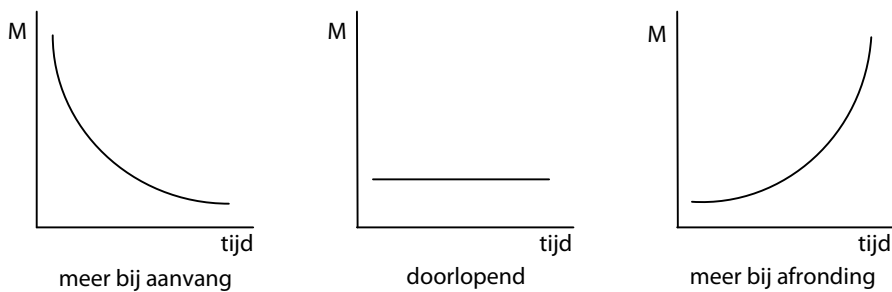
Tabel 5.13: Inhoud ambulante hulp aan het gezin* (vervolg)

	interne vergelijkings- groep (N = 56)		experimentele groep (N = 19)		externe vergelijkings- groep (N = 19)	
	M%	SD	M%	SD	M%	SD
werken aan (gedrags)verandering (C)	48,2	16,9	53,0	14,3	56,3	13,2
werkpunten stellen met cliënt(en) (C1)	3,9	3,0	...	...	3,2	2,9
evalueren en/of aanpassen van werkpunten (C2)	7,7	4,4	...	...	3,7 ^a	3,2
complimenterende feedback (C3)	9,6	5,4	...	...	11,5	4,7
feedback op ongewenst gedrag (C4)	0,9	1,6	...	...	6,0	4,4
adviezen en instructies voor (gedrags)veranderingen in het gezin (C5)	3,5	3,2	4,0	1,9	6,8	3,9
bespreken dagelijkse routine van het gezin (C6)	2,0	2,2	1,7	2,3	3,5	3,0
bespreken specifieke situatie of probleem in het gezin (C7)	7,0	4,4	6,5	4,3	4,1	3,2
oefenen individuele sociale vaardigheden (C8)	1,0	1,8	1,5	2,0	1,3	2,0
oefenen communicatie in het gezin (C9)	1,6	2,3	2,8	3,0	1,8	2,1
werken aan vaardigheden voor omgaan met cognities en emoties (C10)	2,4	3,2	4,6	3,1	2,9	2,5
werken aan gezagsverhouding in het gezin (C11)	2,5	3,6	2,2	3,4	3,9	3,3
werken aan samenwerking tussen opvoeders (C12)	2,7	3,0	2,1	2,2	1,8	2,2
informereren over en oefenen van opvoedingsvaardigheden (C13)	2,8	2,6	4,0	3,7	5,4	4,1
anders, namelijk...(C14)	0,6	1,7	0,8	1,3	0,2	0,5
oplossingen vinden in de omgeving (D)	3,6	4,3	3,1	2,4	3,1	3,6
mobiliseren sociale steun (D1)	0,6	1,5	0,2	0,4	0,7	1,2
ondersteunen van cliënt(en) bij contact school en/of instanties (D2)	1,4	2,0	1,1	1,6	1,1	1,4
meegaan naar school en/of instanties (D3)	0,9	1,8	1,1	1,2	0,2	0,4
verwijzen naar dienst- of hulpverlenende instanties (D4)	0,4	0,9	0,6	1,0	1,0	2,5
anders, namelijk...(D5)	0,2	0,7	0,2	0,5	0,2	0,5
taken verlichten (E)	1,9	3,4	1,1	1,4	3,0	2,8
afstemmen met externe hulpverleners rond het gezin (E1)	1,3	2,1	0,8	0,9	2,1	1,9
praktische en huishoudelijke hulp (E2)	0,1	0,3	0,1	0,4	0,3	0,8
organiseren zorg (E3)	0,4	1,0	0,1	0,3	0,6	0,9
anders, namelijk...(E4)	0,2	0,8	0,1	0,3	0,1	0,2

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen, zie voor de betekenis tabel 5.1
a externe vergelijkgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkgroep, p<0,05;
b interne vergelijkgroep verschilt significant van de externe vergelijkgroep, p<0,05;

5.4.3 Verloop ambulante hulp aan het gezin

Nu in de vorige paragraaf in kaart is gebracht wat de inhoud van de gezinsbegeleiding geweest is (tabel 5.13), ontstaat de behoefte om meer inzicht te krijgen in welke fasen van de hulpverlening meer of minder sprake is van bepaald hulpverlenend handelen, in het bijzonder het vraaggericht werken. Vanwege het feit dat hiervoor geen normen beschikbaar zijn, benaderen we de gegevens verkennend. Op basis van de theorie (zie hoofdstuk 2) benoemen we de verrichtingen waar we extra aandacht aan willen besteden als zijnde van belang voor het vraaggericht werken. De drie hoofdkenmerken van het vraaggericht werken, de vraag centraal, de vraaggerichte houding van de hulpverlening en de participatie van de cliënt dienen als leidraad voor het exploratief analyseren van de resultaten. Hierin wordt de verwachting uitgesproken dat van een bepaalde verrichting meer bij aanvang, doorlopend of meer bij afronding sprake zou kunnen zijn. In figuren uitgedrukt zou dit er grosso modo uit kunnen zien als in figuur 5.1.



Figuur 5.1: Te verwachten curves in de weergave van het gemiddeld toepassen van verrichtingen tegen de tijd afgezet

Uit de 'gereedschapskist', de verrichtingenlijst, die de hulpverleners tot hun beschikking hebben, gaat op basis van de theoretische onderbouwing van het vraaggericht werken de aandacht specifiek uit naar acht verrichtingen en een overall verrichtingengebied. Er wordt ingezoomd op:

- bij aanvang bespreken van de hulpvraag van het gezin (B1)
- bij aanvang doelen stellen met cliënt(en) (B11)
- doorlopend en bij afronding evalueren en/of aanpassen van doelen en hulpproces (B12)
- bij aanvang werkpunten stellen met cliënt(en) (C1)
- doorlopend en bij afronding evalueren en/of aanpassen van werkpunten (C2)

Met betrekking tot de vraaggerichte houding van de hulpverlener wordt nader gekeken naar:

- doorlopend onderhouden van een werkrelatie (overall A)
- doorlopend geven van complimenterende feedback (C₃)

Met betrekking tot de participatie van de cliënt wordt onder de loop genomen:

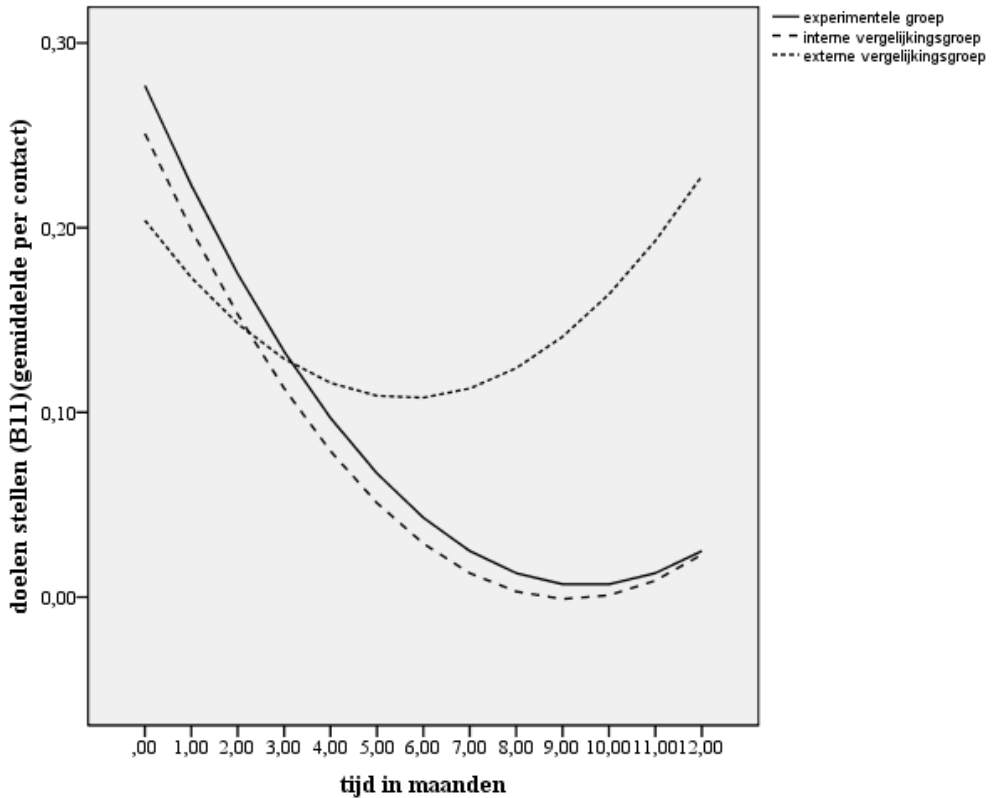
- doorlopend bespreken van de perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B₂)
- doorlopend bespreken van krachten in het gezin (B₃)

De derde curve (figuur 5.1) zal naar verwachting weinig voorkomen.

In bijlage 4 in figuur B5.1 tot en met B5.18 wordt de toepassing van deze verrichtingen afgezet tegen de tijd in zogeheten 'error bars' gepresenteerd. Hierin worden de geschetste verwachtingen globaal in zekere mate zichtbaar voor *bespreken van de hulpvraag (B₁)*, *doelen stellen (B₁₁)*, *evalueren en/of aanpassen van doelen en hulpproces (B₁₂)*, *evalueren en/of aanpassen van werkpunten (C₂)*, *onderhouden van een werkrelatie (A verrichtingen)*, *complimenterende feedback (C₃)* en *bespreken van krachten in het gezin (B₃)*; in mindere mate voor *werkpunten stellen (C₁)*, *bespreken van de perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B₂)*.

Om uitspraken te kunnen doen over verschillen tussen de onderzoeksgroepen over het verloop van het toepassen van de betreffende verrichtingen gedurende het hulpverleningstraject, zijn de data met behulp van een lineair regressie model (MLwin2.0) geanalyseerd, waarin het verloop over de tijd wordt gemodelleerd. In het regressiemodel zijn het verloop over de tijd en de onderzoeksgroep als covariabelen meegenomen. Multilevel analyse is gebruikt omdat op deze manier rekening gehouden kan worden met de gecorreleerde herhaalde waarneming. In figuur 5.2 wordt de uitkomst van deze analyse voor *doelen stellen* gevisualiseerd.

De verwachting dat meer bij aanvang van de hulpverlening doelen gesteld worden, wordt in figuur 5.2 bevestigd. Uit de analyse van het verloop van het toepassen van verrichtingen gedurende het hulpverleningstraject komt verder naar voren dat er sprake is van een significant ($p < 0,05$) verschil in het verloop over de tijd van het *stellen van doelen (B₁₁)* tussen de externe vergelijkingsgroep en de twee andere onderzoeksgroepen. Het betreft een verschil tussen experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep enerzijds en de externe vergelijkingsgroep anderzijds. In de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep worden doelen significant meer bij aan aanvang gesteld dan in de externe vergelijkingsgroep. Voor het overige doen zich in de als vraaggericht aangemerkte verrichtingen



Figuur 5.2: Doelen stellen afgezet tegen de tijd

geen significante verschillen voor tussen de onderzoeksgroepen in de toepassing van de verrichtingen over de tijd.

5.4.4 Samenvatting ambulante hulp aan het gezin

De onderzoeksgroepen verschillen in de *intensiteit* van de ambulante hulp aan het gezin; de tendens is dat deze in de interne vergelijkingsgroep lager is dan in de experimentele onderzoeksgroep en de externe vergelijkingsgroep.

De hulpverleningscontacten in de drie onderzoeksgroepen vinden verhoudingsgewijs met dezelfde betrokkenen plaats.

De gezinsbegeleiders hebben de gesprekken waarvan ze verslag doen, getypeerd. De onderzoeksgroepen verschillen in het percentage *reguliere hulpverleningsge-*

sprekken. De interne vergelijkingsgroep doet hier meer verslag van. De interne vergelijkingsgroep doet significant minder verslag van voortgangsgesprekken dan de experimentele onderzoeksgroep en de externe vergelijkingsgroep. In de externe vergelijkingsgroep wordt een hoger percentage gesprekken aan de afsluiting van het hulpverleningstraject gewijd.

Wat betreft de inhoud van de ambulante hulp aan het gezin blijkt, dat in de experimentele onderzoeksgroep en in de interne vergelijkingsgroep significant meer verslag gedaan wordt van *het onderhouden van de werkrelatie* dan in de externe vergelijkingsgroep. In geen van de overige verrichtingen die getypeerd zijn als specifiek vraaggericht, bestaan significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen.

In de analyse van inhoud van de ambulante hulp aan het gezin is een verdiepingsslag gemaakt door het voorkomen van de verrichtingen afgezet tegen de tijd onder de loop te nemen. Daaruit komt naar voren dat in het toepassen van de vraaggerichte verrichtingen de onderzoeksgroepen significant verschillen in *doelen stellen*. In de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep worden doelen meer in de aanvangsperiode gesteld dan, zoals in de externe vergelijkingsgroep, in de loop van het hulpverleningstraject. In de toepassing van de overige verrichtingen die als vraaggericht aangemerkt zijn, doen zich geen verschillen voor.

5.5 Kenmerken, inhoud en verloop daghulp

5.5.1 Kenmerken daghulp

Net als de gezinsbegeleiders hebben pedagogisch medewerkers (coaches in de daghulp) verslag gedaan van hun pedagogisch hulpverlenend handelen. Van de daghulp is van een deel van de steekproef in de experimentele onderzoeksgroep ($n = 15$, 79%) en de interne vergelijkingsgroep ($n = 6$, 15%) verslag gedaan met behulp van de verrichtingenlijst daghulp en verblijf. Hieraan zijn de kenmerken van de daghulp ontleend (tabel 5.14). De verwachting is dat in de experimentele onderzoeksgroep vaker verslag gedaan wordt van contacten waarbij het *hele gezin betrokken* is. Daarnaast is de verwachting dat in de experimentele onderzoeksgroep het *initiatief tot het contact* vaker door ouder(s) genomen zal worden en dat op de overige kenmerken de twee onderzoeksgroepen niet significant van elkaar verschillen.

De daghulp waar verslag van gedaan wordt, bestaat voornamelijk uit face to face contacten waartoe in de helft van de gevallen de pedagogisch medewerker het initiatief heeft genomen.

In de interne vergelijkingsgroep wordt van een significant hoger gemiddeld aantal contacten per week verslag gedaan ($t = -3,455$; $df = 19$; $p = 0,003$). De intensiteit

Tabel 5.14: Kenmerken daghulp*

	interne vergelijkingsgroep (N = 6)			experimentele onderzoeksgroep (N = 15)	
	M	SD		M	SD
aantal weken hulpverleningstraject (verslag)	15,0	8,6	:::	32,5 ^a	10,7
aantal contacten per hulpverleningstraject	56,0	36,2		44,5	18,2
aantal dagen per week aanwezig op de daghulp	1,9	0,6		1,8	0,3
aantal contacten per week	4,6	1,3		3,0 ^a	0,8
	M%	SD		M%	SD
wijze van contact					
face to face contacten	93,5	6,1		87,0 ^b	5,1
telefonische contacten	4,3	6,6		5,5	6,5
missing	2,2	2,0		7,3 ^a	3,9
duur contacten (minuten)					
duur face to face contacten	64,2	47,0		17,0	6,9
duur telefonische contacten	7,5	7,7		6,2	2,5
duur missing	68,5	72,8		19,5	21,7
fase					
wenfase	18,2	40,2		19,5	20,6
werkfase	77,1	38,3		64,3	20,4
slotfase	3,3	6,3		10,9	9,9
missing	1,4	1,2		5,3 ^b	6,4
betrokkenen					
kind	27,4	32,3		10,9	7,1
ouder(s)	5,3	6,4		8,4	7,6
gezin (ouder(s) en kind(eren))	4,2	4,3	<<	30,4 ^a	18,8
groep (kind en andere betrokkenen)	62,7	37,3		43,5	20,2
missing	0,4	1,1		6,8 ^a	5,3
initiatief					
kind	1,5	2,2		7,5	11,4
ouder(s)	2,9	7,2	<<	21,3 ^a	12,8
pedagogisch medewerker	48,2	46,0		50,0	15,8
gezamenlijk (kind, ouders en pedagogisch medewerker)	45,7	50,2		14,9	10,1
missing	1,8	2,3		6,3	4,0

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen, zie voor de betekenis tabel 5.1

^a experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,01$;

^b experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

van de daghulp (aantal dagen per week aanwezig op de daghulp) is in beide groepen vergelijkbaar.

Wat betreft *wijze van contact* doet de interne vergelijkingsgroep verslag van een significant ($t = -2,505$; $df = 19$; $p = 0,021$) hoger percentage face to face contacten (93,51%) dan de experimentele onderzoeksgroep (87,02%).

In lijn van de verwachting is er bij de experimentele onderzoeksgroep sprake van een hoger percentage contacten met het gezin ($t = 5,078$; $df = 17,08$; $p = 0,000$). Daarnaast doen de pedagogisch medewerkers in de experimentele onderzoeksgroep verslag van een significant hoger percentage contacten waarbij ouder(s) het initiatief nemen ($t = 3,272$; $df = 19$; $p = 0,004$).

In de experimentele onderzoeksgroep ontbreekt significant vaker informatie over de contacten met betrekking tot de *wijze van contact*, *fase*, *betrokkenen* en *initiatief* dan in de interne vergelijkingsgroep. Deze percentages (allen onder de 10%) worden echter aanvaardbaar geacht (tabel B5.9).

5.5.2 Inhoud daghulp

In het nagaan van de inhoud van het hulpverlenend handelen van de pedagogisch medewerkers, wordt ingezoomd op verrichtingen die vergelijkbaar zijn met de verrichtingen waarop in de gezinsbegeleiding nader ingegaan werd.

Met betrekking tot de vraag centraal stellen wordt specifiek gekeken naar:

- doelen stellen (B4)
- doelen evalueren en/of aanpassen (B5)
- werkpunten stellen (C1)
- werkpunten evalueren en/of aanpassen (C2)

Met betrekking tot de vraaggerichte houding van de hulpverlener wordt nader gekeken naar:

- klimaat (overall A)
- geven van complimenterende feedback (C3)

Met betrekking tot de participatie van de cliënt wordt onder de loep genomen:

- bespreken dagelijkse routine (C6)

De verwachting is dat de experimentele onderzoeksgroep op deze gebieden hogere percentages zal weergeven dan de interne en externe vergelijkingsgroep (tabel 5.15).

Tabel 5.15: Inhoud daghulp*

	interne vergelijkingsgroep (N = 6)			experimentele groep (N = 15)	
	M	SD		M	SD
gemiddeld aantal verrichtingen per contact	4,9	1,1		3,8	0,4
	M%	SD		M%	SD
klimaat (A)	30,8	5,5	< <	39,9 ^a	4,1
<i>invoegen (A1)</i>	15,1	2,6		16,3	6,1
<i>bieden van emotionele steun (A2)</i>	7,3	2,4		1,8 ^a	1,6
<i>complimenterende feedback op communicatie in het hulpproces (A3)</i>	3,0	1,9		2,2	1,6
<i>feedback op ongewenst gedrag in communicatie (A4)</i>	2,0	1,8		1,8	2,4
<i>informereren (A5)</i>	1,3	1,5		7,8	3,0
<i>afspraken maken (A6)</i>	1,8	1,4		10,1	4,2
<i>anders, namelijk... (A7)</i>	0,2	0,3		0,0	0,0
verzamelen van informatie (B)	28,6	5,5		9,6 ^a	6,0
<i>observeren uit eerste hand (B1)</i>	10,7	6,4		3,0 ^b	2,1
<i>actief luisteren (B2)</i>	13,9	3,0		4,6 ^a	4,3
<i>competentieanalyse (B3)</i>	0,3	0,3		0,0	0,0
doelen stellen (B4)	0,0	0,0	<	0,3	0,6
doelen evalueren en/of aanpassen (B5)	0,2	0,3	<	0,6	0,6
<i>overleggen over hulparrangement (B6)</i>	0,5	0,7		0,6	1,1
<i>informereren over modules (B7)</i>	0,4	0,6		0,4	0,5
<i>werken met vragenlijsten (B8)</i>	2,2	2,9		0,1	0,2
<i>anders, namelijk... (B9)</i>	0,3	0,3		0,0	0,0
werken aan (gedrags)verandering (C)	40,2	7,2		50,3 ^b	8,5
werkpunten stellen (C1)	0,2	0,4	<	0,4	0,6
werkpunten evalueren en/of aanpassen (C2)	3,0	2,7	< <	8,7 ^b	4,2
complimenterende feedback (C3)	13,0	1,7	<	14,9	4,2
<i>feedback op ongewenst gedrag (C4)</i>	6,8	1,6		4,6	2,4
<i>adviezen en instructies voor (gedrags)veranderingen (C5)</i>	9,3	3,8		5,0 ^b	2,5
bespreken dagelijkse routine (C6)	0,9	1,2	< <	11,3 ^a	5,1
<i>oefenen individuele sociale vaardigheden (C7)</i>	2,3	1,5		3,5	2,3
<i>werken aan vaardigheden m.b.t. emoties (C8)</i>	4,1	2,7		1,9	1,6
<i>anders, namelijk... (C9)</i>	0,7	1,1		0,0	0,2
oplossingen vinden in de omgeving (D)	0,4	0,6		0,2	0,4
<i>cliënt(en) ondersteunen bij contact school en instanties (D1)</i>	0,4	0,6		0,2	0,4
<i>anders, namelijk... (D2)</i>	0,0	0,0		0,0	0,0

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen, zie voor de betekenis tabel 5.1

^a experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,01$;

^b experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

Het hulpverlenend handelen in de daghulp heeft voornamelijk in het teken gestaan van het werken aan (gedrags)veranderingen en het investeren in het klimaat, vervolgens van het verzamelen van informatie. Er is vrijwel geen aandacht uitgegaan naar het vinden van oplossingen in de omgeving. Specifiek geven de lage percentages *doelen stellen*, *evalueren en/of aanpassen* en *werkpunten stellen* bij beide onderzoeksgroepen aan dat de pedagogische medewerkers hieraan hun hulpverlenend handelen in mindere mate wijden.

Van de zeven eerder geschetste verwachtingen zijn er drie uitgekomen (tabel B5.10). In de experimentele onderzoeksgroep komt de vraaggerichte houding van de pedagogische medewerker in het zorg dragen voor een goed hulpverleningsklimaat, *klimaat (A-verrichtingen)*, beter uit de verf ($t = 4,214$; $df = 19$; $p = 0,000$) dan in de interne vergelijkingsgroep.

Het centraal stellen van de vraag van de cliënt komt o.a. specifiek tot uitdrukking in *werkpunten evalueren en/of aanpassen*. Hiervan doet de experimentele onderzoeksgroep significant meer verslag ($t = 3,108$; $df = 19$; $p = 0,006$) dan de interne vergelijkingsgroep.

Van het bevorderen van de participatie van de cliënt, zoals geoperationaliseerd in het *bespreken van dagelijkse routine* wordt significant meer verslag gedaan door de experimentele onderzoeksgroep in vergelijking met de interne vergelijkingsgroep ($t = 7,375$; $df = 17,3$; $p = 0,000$).

De geschetste verwachtingen met betrekking tot het stellen en evalueren van doelen, het stellen van werkpunten en geven van complimenterende feedback zijn niet uitgekomen.

Een aantal verrichtingen, waarover op voorhand geen verwachtingen leefden, blijken significant vaker toegepast te worden in één van beide onderzoeksgroepen. Zo biedt de interne vergelijkingsgroep in significant hogere mate *emotionele steun* dan de experimentele onderzoeksgroep ($t = -6,285$; $df = 19$; $p = 0,000$). De experimentele onderzoeksgroep doet significant meer verslag van *informer*en ($t = 4,942$; $df = 19$; $p = 0,000$) en van *afspraken maken* ($t = 6,742$; $df = 18,7$; $p = 0,000$). Het *informer*en en *afspraken maken* vallen onder de A-verrichtingen, *klimaat*, die invulling geven aan de vraaggerichte houding van de hulpverlener. Daarnaast getuigen *informer*en en *afspraken maken* ook van het verhogen van de participatie van cliënten.

Van het *verzamelen van informatie* overall ($t = -6,674$; $df = 19$; $p = 0,000$) en het *observeren uit eerste hand* ($t = -2,920$; $df = 5,4$; $p = 0,030$), en *actief luisteren* ($t = -4,826$; $df = 19$; $p = 0,000$) doet de interne vergelijkingsgroep in significant hogere mate verslag dan de experimentele onderzoeksgroep.

Van het *werken aan (gedrags)verandering* overall doet de experimentele onderzoeksgroep significant meer verslag dan de interne vergelijkingsgroep ($t = 2,544$; $df = 19$; $p = 0,020$). Van het geven van *adviezen en instructies voor (gedrags)veranderingen*, dat onderdeel uitmaakt van *werken aan (gedrags)verandering* echter, doet

de interne onderzoeksgroep significant meer verslag dan de experimentele onderzoeksgroep ($t = -2,538$; $df = 6,8$; $p = 0,040$).

5.5.3 Verloop daghulp

Uit de de verrichtingenlijst, die de coaches van de daghulp tot hun beschikking hebben, gaat op basis van de theoretische onderbouwing van het vraaggericht werken de aandacht specifiek uit naar zes verrichtingen en een overall verrichtingengebied en het te verwachten verloop van het benutten van deze verrichtingen afgezet tegen de tijd:

Met betrekking tot de vraag centraal stellen wordt specifiek gekeken naar:

- bij aanvang doelen stellen (B4)
- doorlopend en bij afronding doelen evalueren en/of aanpassen (B5)
- bij aanvang werkpunten stellen (C1)
- doorlopend en bij afronding werkpunten evalueren en/of aanpassen (C2)

Met betrekking tot de vraaggerichte houding van de hulpverlener wordt nader gekeken naar:

- doorlopend onderhouden van het klimaat (overall A)
- doorlopend geven van complimenterende feedback (C3)

Met betrekking tot de participatie van de cliënt wordt onder de loep genomen:

- doorlopend bespreken dagelijkse routine (C6)

In figuur B5.1 t/m B5.7 worden deze verrichtingen in 'error bars' gepresenteerd. Vanwege het beperkt voorkomen van *doelen stellen*, *doelen evalueren en/of aanpassen*, *werkpunten stellen* bij beide onderzoeksgroepen en het *bespreken van dagelijkse routine* bij de interne vergelijkingsgroep zijn de bijbehorende error bars (B5.1, B5.2, B5.3 en B5.7) van beperkte waarde. Uit de analyses van de overige relevante verrichtingen rijst, kortweg, het volgende beeld:

- Het *evalueren en/of aanpassen van werkpunten* (C2) lijkt op basis van figuur B5.4 in de experimentele onderzoeksgroep voornamelijk bij aanvang en afronding plaats te vinden. De verwachting dat deze verrichting doorlopend toegepast zou worden, lijkt ongegrond.
- Verrichtingen met betrekking tot het *klimaat* (overall A) lijken op basis

van figuur B5.5 conform de verwachting doorlopend toegepast te worden bij beide onderzoeksgroepen.

- Het verloop van het *geven van complimenterende feedback* (C3) kent op basis van figuur B5.6 een grillig karakter.

Met behulp van dezelfde multilevel analyses als bij de ambulante hulp aan het gezin zou het mogelijk geweest zijn om met meer zekerheid uitspraken te doen over het verloop van de daghulp op basis van de verrichtingen afgezet tegen de tijd. De beperkte beschikbare data maken het echter praktisch niet mogelijk deze analyse uit te voeren.

5.5.4 Samenvatting daghulp

De intensiteit waarin van de daghulp gebruik gemaakt is, blijkt in de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep vergelijkbaar te zijn. In de experimentele onderzoeksgroep wordt significant meer verslag gedaan van contacten met het hele gezin. Daarnaast wordt het initiatief voor het contact met de pedagogische medewerker in de experimentele onderzoeksgroep vaker door ouders genomen in vergelijking met de interne vergelijkingsgroep.

In de experimentele onderzoeksgroep wordt significant meer verslag gedaan van het investeren in het *klimaat* (vergelijkbaar met het onderhouden van een werkrelatie in de ambulante hulp aan het gezin). Daarnaast wordt er door de experimentele onderzoeksgroep meer verslag gedaan van het *evalueren en/of aanpassen van werkpunten* en het *bespreken van de dagelijkse routine* dan in de interne vergelijkingsgroep. De interne vergelijkingsgroep maakt significant meer gebruik van de meer instruerende verrichting *adviezen en instructies voor (gedrags)veranderingen*.

Het verloop van de toepassing van de verrichtingen afgezet tegen de tijd is praktisch niet beter dan met errorbars in beeld te krijgen. Hieruit wordt voorzichtig afgeleid dat de *klimaat* verrichtingen doorlopend toegepast worden en dat het *evalueren en/of aanpassen van werkpunten* meer bij aanvang en afronding wordt toegepast dan doorlopend gedurende het hulpverleningstraject.

5.6 Vraaggericht werken

5.6.1 Vraaggericht werken naar de mening van de cliënt

Om de mate van vraaggericht werken in beeld te brengen, is gebruik gemaakt van de Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH). De scores op de Vragenlijst Eva-

Tabel 5.16: Vraaggericht werken ambulante hulp aan het gezin (mening cliënt)*

	interne vergelijkingsgroep (N = 26)			experimentele onderzoeksgroep (N = 7)			externe vergelijkingsgroep (N = 16)	
	M	SD		M	SD		M	SD
vraaggericht werken totaal	0,6	0,4	<	0,7	0,4	>	0,6	0,4
hulpvraag centraal	0,5	0,5	<	0,6	0,5	>	0,6	0,4
participatie totaal	0,6	0,4	<	0,7	0,4	>	0,5	0,4
geïnformeerd	0,5	0,4	<	0,7	0,4	>	0,6	0,4
geraadpleegd	0,6	0,4	<	0,8	0,4	>	0,7	0,4
betrokken	0,7	0,4	<	0,8	0,4	>	0,6	0,5
participerend	0,6	0,4	<	0,8	0,4	>	0,5	0,5
partnerschap	0,6	0,4	<	0,6	0,5	>	0,4	0,4
bepalend	0,5	0,4	<	0,6	0,4	>	0,4	0,4
houding	0,7	0,4	<	0,8	0,4	>	0,7	0,3
deskundigheid totaal	0,6	0,4	<	0,7	0,4	>	0,6	0,4
deskundigheid cliënt	0,7	0,5	<	0,9	0,4	>	0,7	0,5
deskundigheid hulpverlener	0,6	0,4	<	0,7	0,4	>	0,6	0,3
in dialoog	0,6	0,4	<	0,8	0,4	>	0,6	0,4
gedeelde verantwoordelijkheid	0,7	0,4	<	0,7	0,5	>	0,5	0,5
in leefomgeving	0,7	0,4	<	0,9	0,4	>	0,8	0,4

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen, zie voor de betekenis tabel 5.1

luatie Hulpverlening zijn overwegend scheef verdeeld: de maximale score ('goed') overheerst. Om deze reden zijn de variabelen teruggebracht tot een dichotomie: maximale score en niet-maximale score.

De verwachting is dat de experimentele onderzoeksgroep op alle onderdelen van het vraaggericht werken hoger scoort dan de interne en externe vergelijkingsgroepen. In tabel 5.16. is de mate van vraaggericht werken tijdens *ambulante hulp aan het gezin* naar de mening van de cliënt weergegeven.

Op alle onderdelen van het vraaggericht werken zijn de scores overwegend hoog (0,6 of hoger). Dit betekent dat op de aspecten van het vraaggericht werken 60% van de cliënten of meer de maximale score heeft gegeven. Uit tabel 5.16. is op te maken dat cliënten in de experimentele groep over hun gezinsbegeleider met betrekking tot alle aspecten van het vraaggericht werken positiever oordelen dan de cliënten in de interne en externe vergelijkingsgroep. Echter, geen van de verschillen tussen de drie onderzoeksgroepen is op basis van uitgevoerde ANOVA's statistisch significant (tabel B5.11).

In de gevallen dat er sprake is van *daghulp*, zijn cliënten gevraagd ook hun mening te geven over de mate van vraaggericht werken door de coach van de *daghulp* (tabel 5.17). De verwachting is dat de experimentele onderzoeksgroep op alle

Tabel 5.17: Vraaggericht werken daghulp (mening cliënt)*

	interne vergelijkingsgroep (N = 19)			experimentele onderzoeksgroep (N = 3)	
	M	SD		M	SD
vraaggericht werken totaal	0,7	0,3	<	0,9	0,1
hulpvraag centraal	0,5	0,4	<	0,7	0,6
participatie totaal	0,6	0,3	<	0,7	0,4
geïnformeerd	0,6	0,4	<	0,8	0,3
geraadpleegd	0,8	0,4	...	0,7	0,6
betrokken	0,7	0,4	<	0,8	0,4
participerend	0,7	0,5	...	0,7	0,6
partnerschap	0,6	0,4	...	0,5	0,5
bepalend	0,6	0,4	...	0,5	0,5
houding	0,7	0,4	<	0,9	0,1
deskundigheid totaal	0,7	0,3	<	0,9	0,1
deskundigheid cliënt	0,9	0,3	...	0,7	0,6
deskundigheid hulpverlener	0,7	0,3	<	0,9	0,2
in dialoog	0,6	0,3	<	0,8	0,4
gedeelde verantwoordelijkheid	0,8	0,4	...	0,7	0,3
in leefomgeving	0,4	0,4	<	0,6	0,5

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen, zie voor de betekenis tabel 5.1

onderdelen van het vraaggericht werken hoger scoort dan de interne en externe vergelijkingsgroepen.

Ook met betrekking tot de daghulp scoort de cliënt het vraaggericht werken hoog. Geen van de verschillen in vraaggericht werken door de coach van de daghulpverlening naar de mening van de cliënt is op basis van uitgevoerde t-toetsen (twee-zijdig getoetst) statistisch significant (tabel B5.12). De eerder geschetste verwachting komt niet uit.

5.6.2 Vraaggericht werken naar de mening van de gezinsbegeleider

Net als met betrekking tot de mening van de cliënt is de verwachting dat de experimentele onderzoeksgroep naar de mening van de gezinsbegeleider op alle onderdelen van het vraaggericht werken hoger scoort dan de interne en externe vergelijkingsgroep. In tabel 5.18 is de mate van vraaggericht werken tijdens *ambulante hulp aan het gezin* naar de mening van de gezinsbegeleider weergegeven.

De gezinsbegeleiders scoren hun vraaggericht werken niet in alle gevallen maximaal. Op de subschaal *partnerschap* na (onderdeel van de schaal *participatie*), be-

Tabel 5.18: Vraaggericht werken ambulante hulp aan het gezin (mening gezinsbegeleider)*

	interne vergelijkingsgroep (N = 49)			experimentele onderzoeksgroep (N = 15)			externe vergelijkingsgroep (N = 18)	
	M	SD		M	SD		M	SD
vraaggericht werken totaal	0,5	0,3	<<	0,8 ^a	0,2	>>	0,4	0,2
hulpvraag centraal	0,5	0,4	<	0,6	0,4	>	0,4	0,3
participatie totaal	0,4	0,4	<<	0,7 ^a	0,2	>>	0,3	0,3
geïnformeerd	0,3	0,4	<	0,6 ^b	0,3	>>	0,3	0,3
geraadpleegd	0,5	0,4	<<	0,8 ^a	0,3	>>	0,4	0,4
betrokken	0,4	0,4	<	0,4	0,4	>	0,2	0,3
participerend	0,5	0,4	<	0,7 ^b	0,4	>>	0,3	0,4
partnerschap	0,5	0,5	...	0,4	0,5	>	0,3	0,3
bepalend	0,6	0,4	<	0,8 ^b	0,4	>>	0,4	0,4
houding	0,6	0,4	<<	0,9 ^a	0,1	>>	0,6	0,3
deskundigheid totaal	0,4	0,4	<	0,7 ^b	0,3	>>	0,4	0,2
deskundigheid cliënt	0,5	0,5	<<	0,9 ^a	0,4	>>	0,4	0,5
deskundigheid hulpverlener	0,4	0,4	<	0,7	0,3	>	0,4	0,2
in dialoog	0,5	0,4	<<	0,9 ^c	0,2	>>	0,4	0,3
gedeelde verantwoordelijkheid	0,5	0,5	<	0,5	0,4	>	0,4	0,4
in leefomgeving	0,6	0,4	<	0,8	0,3	>	0,7	0,3

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen, zie voor de betekenis tabel 5.1

^a experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de externe vergelijkingsgroep en de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

^b experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de externe vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

^c experimentele onderzoeksgroep verschilt significant van de externe vergelijkingsgroep en de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,01$;

oordelen de gezinsbegeleiders van de experimentele groep op de verschillende aspecten van het vraaggericht werken hun vraaggericht werken hoger dan de gezinsbegeleiders van de interne vergelijkingsgroep en de externe vergelijkingsgroep. Met behulp van ANOVA's is bekeken of deze verschillen significant zijn (tabel B5.13). Dit blijkt voor wat betreft het *vraaggericht werken totaal*, vier schalen (*participatie*, *houding*, *deskundigheid* en *in dialoog*) en vijf subschalen (*geïnformeerd*, *geraadpleegd*, *participerend*, *bepalend* en *deskundigheid cliënt*) het geval te zijn.

In het *vraaggericht werken totaal* blijken de onderzoeksgroepen onderling significant van elkaar te verschillen ($F(2,71) = 4,288$; $p = 0,017$). De gezinsbegeleiders van de experimentele onderzoeksgroep werken naar eigen inzicht significant meer vraaggericht dan de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,002$) en de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,001$).

De experimentele onderzoeksgroep scoort op de schaal *participatie* significant hoger ($F(2,73) = 4,082$; $p = 0,021$) dan de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,047$) en

de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,002$). De gezinsbegeleiders van de experimentele onderzoeksgroep *informer* naar eigen zeggen hun cliënten significant meer ($F(2,75) = 3,429$; $p = 0,038$) dan de gezinsbegeleiders van de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,035$). Ook in de mate waarin de gezinsbegeleider de cliënt raadpleegt (subschaal *geraadpleegd*) is er een significant verschil tussen de onderzoeksgroepen ($F(2,77) = 4,077$; $p = 0,021$). De gezinsbegeleiders van de experimentele onderzoeksgroep raadplegen hun cliënten naar eigen zeggen significant meer dan de gezinsbegeleiders van de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,005$) en dan de gezinsbegeleiders van de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,010$). De mate waarin cliënten uitgenodigd worden actief te participeren in de hulpverlening is gevat in de vierde subschaal: *participerend*. De experimentele onderzoeksgroep doet er in hogere mate ($F(2,79) = 3,794$; $p = 0,027$) verslag van hun cliënten uit te nodigen actief te participeren in de hulpverlening dan de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,027$). De vierde subschaal van de schaal *participatie* waarop de onderzoeksgroepen significant van elkaar verschillen, betreft participatie op het hoogste niveau: de mate waarin gezinsbegeleiders hun cliënten *bepalend* laten zijn in de hulpverlening ($F(2,79) = 3,252$; $p = 0,044$). De experimentele onderzoeksgroep stelt de cliënt meer in de gelegenheid om *bepalend* te zijn in de hulpverlening dan de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,040$).

Naast het verschil op de schaal *participatie* en de verschillen op de subschalen daarbinnen, verschillen de onderzoeksgroepen significant van elkaar op de schaal *vraaggerichte houding* van de gezinsbegeleider ($F(2,78) = 6,107$; $p = 0,003$). De gezinsbegeleiders van de experimentele onderzoeksgroep getuigen significant meer van een *vraaggerichte houding* dan de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,000$) en dan de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,001$).

Op de schaal *deskundigheid* (waaronder zowel de inbreng van de professionele deskundigheid van de gezinsbegeleider als de inbreng van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt vallen) verschillen de onderzoeksgroepen significant van elkaar ($F(2,73) = 3,338$; $p = 0,041$). De experimentele onderzoeksgroep heeft significant meer aandacht voor de inbreng van wederzijdse deskundigheid dan de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,046$). Met de subschaal *deskundigheid cliënt* (onderdeel van de schaal *deskundigheid*) wordt de mate waarin cliënten in de gelegenheid worden gesteld hun ervaringsdeskundigheid in de hulpverlening in te brengen, gemeten. Op deze subschaal verschillen de onderzoeksgroepen significant van elkaar ($F(2,78) = 3,866$; $p = 0,025$). De experimentele onderzoeksgroep heeft significant meer aandacht voor de *deskundigheid van de cliënt* dan de interne vergelijkingsgroep ($p = 0,034$) en de externe vergelijkingsgroep ($p = 0,014$).

Of de hulpverlening op initiatief van de gezinsbegeleider in dialoog heeft plaats gevonden wordt in kaart gebracht met de schaal *dialoog*. Op deze schaal verschillen

de onderzoeksgroepen significant van elkaar ($F(2,75) = 8,616$; $p = 0,000$). De experimentele onderzoeksgroep heeft significant meer in dialoog gewerkt dan de interne en de externe vergelijkingsgroep (beiden $p = 0,000$).

5.6.3 Vraaggericht werken naar de mening van de coach

In de gevallen dat er sprake is van daghulp op individuele basis aan het kind, zijn de coaches gevraagd hun mening te geven over de mate van hun vraaggericht werken tijdens de daghulp (tabel 5.19). De verwachting is dat de experimentele onderzoeksgroep op alle onderdelen van het vraaggericht werken hoger scoort dan de interne vergelijkingsgroep.

Tabel 5.19: Vraaggericht werken daghulp (mening coach)*

	interne vergelijkingsgroep (N = 36)			experimentele onderzoeksgroep (N = 14)	
	M	SD		M	SD
vraaggericht werken totaal	0,5	0,3	...	0,4	0,2
hulpvraag centraal	0,4	0,4	...	0,4	0,4
participatie totaal	0,4	0,3	...	0,4	0,2
geïnformeerd	0,3	0,3	<	0,4	0,3
geraadpleegd	0,5	0,4	<	0,5	0,4
betrokken	0,4	0,4	<	0,4	0,3
participerend	0,4	0,4	...	0,3	0,4
partnerschap	0,3	0,4	...	0,2	0,3
bepalend	0,4	0,5	...	0,4	0,4
houding	0,5	0,4	<	0,6	0,3
deskundigheid totaal	0,4	0,4	...	0,2	0,2
deskundigheid cliënt	0,5	0,5	...	0,4	0,5
deskundigheid hulpverlener	0,4 ^a	0,4	:::	0,2	0,2
in dialoog	0,4	0,4	...	0,3	0,3
gedeelde verantwoordelijkheid	0,5	0,4	<	0,5	0,5
in leefomgeving	0,4	0,4	...	0,3	0,4

* de symbolen in de tabel refereren aan de geschetste verwachtingen, zie voor de betekenis tabel 5.1

^a interne vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep, $p < 0,05$;

De coaches van de daghulp scoren hun vraaggericht werken niet maximaal. De interne en externe vergelijkingsgroep verschillen op de schalen en subschalen van het vraaggericht werken wisselend in positieve en negatieve zin van elkaar. Op basis van t-toetsen (twee-zijdig getoetst) (tabel B5.14) blijkt dat alleen

op de subschaal *deskundigheid hulpverlener* de interne vergelijkingsgroep hier significant meer aandacht voor heeft gehad dan de experimentele onderzoeksgroep ($t = -2,074$; $df = 42,92$; $p = 0,044$).

Naar aanleiding van het bevragen van de cliënt en de hulpverleners over de mate van vraaggericht werken in de gezinsbegeleiding en de daghulp valt het op basis van een vergelijking van tabel 5.16 en tabel 5.18 en een vergelijking van tabel 5.17 en tabel 5.19 op dat de beleving van de cliënt afwijkt van de beleving van de hulpverleners. De gezinsbegeleiders van de interne en externe vergelijkingsgroep doen er verslag van in mindere mate maximaal vraaggericht gewerkt te hebben (vraaggericht werken totaal). Deze verschillen zijn op basis van t-toetsen voor gekoppelde steekproeven twee-zijdig getoetst, echter niet significant gebleken, intern ($t = -0,375$; $df = 17$; $p = 0,712$) en extern ($t = 1,561$; $df = 10$; $p = 0,150$). Ook in de experimentele groep is het verschil in vraaggericht werken (totaal) tussen de gezinsbegeleider en de cliënt niet significant ($t = 0,556$; $df = 1$; $p = 0,677$).

Met betrekking tot het vraaggericht werken in de daghulp kunnen tabel 5.17 en tabel 5.19 met elkaar vergeleken worden. Dat schetst een omgekeerd beeld: de cliënten ervaren het hulpverlenend handelen van de coaches in hogere mate als vraaggericht dan de hoe coaches zichzelf beoordelen. Alleen in het geval van de interne vergelijkingsgroep blijkt het mogelijk dit verschil te toetsen en wordt duidelijk dat het een significant verschil betreft ($t = 2,808$; $df = 7$; $p = 0,026$). Vanwege de kleine aantallen moeten deze uitkomsten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

5.6.4 Samenvatting vraaggericht werken

Meer dan de helft van de cliënten waardeert het vraaggericht werken van hun gezinsbegeleider met de hoogste score ('goed'). De gezinsbegeleiders en coaches van de experimentele onderzoeksgroep werken naar de mening van de cliënt op basis van de VEH niet significant meer vraaggericht dan de professionals van de interne en externe vergelijkingsgroep. De verwachtingen ten aanzien van het vraaggericht werken naar de mening van de cliënt worden onvoldoende bewaarheid.

Ten aanzien van het vraaggericht werken naar de mening van de gezinsbegeleiders komen de geschetste verwachtingen voor een groot gedeelte wel tot uiting in de uitkomsten op basis van de VEH. In het vraaggericht werken als totaal geven de gezinsbegeleiders van de experimentele onderzoeksgroep aan dat zij vraaggerichter te werk zijn gegaan dan de gezinsbegeleiders van de beide vergelijkingsgroepen. Ook op de aspecten *participatie*, *houding*, *deskundigheid* en *dialogo* waarin het vraaggericht werken ontleed wordt, scoren de gezinsbegeleiders de mate van hun vraaggericht werken hoger.

De verwachtingen ten aanzien van het vraaggericht werken van de coaches van de daghulp van de experimentele groep worden niet in de uitkomsten bevestigd. Op de subschaal *deskundigheid hulpverlener* scoren de coaches van de interne vergelijkingsgroep significant hoger dan de coaches van de experimentele onderzoeksgroep. Uit het feit dat de interne vergelijkingsgroep alleen op dit specifieke punt significant hoger scoort dan de experimentele onderzoeksgroep, zou afgeleid kunnen worden dat bij de coaches van de interne vergelijkingsgroep in de daghulp de focus sterk ligt op de inbreng van hun eigen deskundigheid.

Op basis van de uitkomsten met betrekking tot het vraaggericht werken zoals gemeten met de VEH, is te stellen dat de programma-integriteit van het vraaggericht werken tot op zeker hoogte gewaarborgd wordt: gezinsbegeleiders van de experimentele onderzoeksgroep zijn er meer dan de gezinsbegeleiders van de vergelijkingsgroepen van overtuigd vraaggericht te werk te gaan. De coaches van de daghulp doen daar maar ten dele verslag van. Uit de feedback van de cliënten in de experimentele onderzoeksgroep komt niet naar voren dat zij de hulpverlening als meer vraaggericht ervaren dan de cliënten van de vergelijkingsgroepen.

5.7 Conclusie proces

In dit hoofdstuk is het proces van hulpverlening aan bod gekomen aan de hand van een nadere beschouwing van de doelen, kenmerken, inhoud en verloop van de ambulante hulp aan het gezin en van de daghulp aan het kind en de mate van vraaggericht werken in deze hulpverlening. Daarmee is een antwoord gezocht op de twee deelvragen die centraal staan in dit hoofdstuk: Waaruit bestaat de hulp die cliënten feitelijk ontvangen? en Hoe verloopt het hulpverleningsproces? Waarbij het er om gaat of de experimentele onderzoeksgroep (Gezin Centraal) zich onderscheidt van de beide vergelijkingsgroepen ('gewone' jeugdzorg).

De vraag centraal

- In de experimentele onderzoeksgroep is het aandeel doelen *gezin* en het aandeel doelen *probleembeschrijving* tegen de verwachting in niet significant groter dan in de interne en externe vergelijkingsgroep.
- In de experimentele onderzoeksgroep staat *de vraag* tegen de verwachting in, in gelijke mate *centraal* als in de beide vergelijkingsgroepen op basis van de overeenkomst tussen de einddoelen waar bij afronding verslag van gedaan wordt en de einddoelen zoals bij aanvang van de hulpverlening verwoord.

Algemene kenmerken hulpverlening

- In de experimentele onderzoeksgroep wordt in lijn met de verwachting gemiddeld van meer modules gebruik gemaakt dan in de externe vergelijkingsgroep.
- De experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep lijken het meest op elkaar ten aanzien van de hulpverlening. Deze zorg is ingrijpender (in meer dan de helft van de gevallen wordt ambulante hulp aan het gezin gecombineerd met daghulp en/of individuele ambulante hulp aan het kind) dan de hulpverlening die in de externe vergelijkingsgroep geboden is (vrijwel alleen ambulante hulp aan het gezin).
- De ambulante hulp aan het gezin beslaat 8 tot 9 maanden. In combinatie met andere modules wordt ongeveer 12 maanden ambulante hulp aan het gezin geboden.
- De ambulante hulp aan het gezin duurt in de experimentele onderzoeksgroep tegen de verwachting in niet korter dan in de beide vergelijkingsgroepen.
- De hulp in de dagleergroep die door de coach geboden wordt, is in het geval van de experimentele onderzoeksgroep vaker overgedragen aan een collega coach dan in de interne vergelijkingsgroep.

Kenmerken gezinsbegeleiding

- De verwachting dat in de experimentele onderzoeksgroep meer aandacht voor *voortgangsgesprekken* bestaat, komt in vergelijking met de interne vergelijkingsgroep uit. In de interne vergelijkingsgroep wordt minder verslag gedaan van *voortgangsgesprekken* dan in de overige onderzoeksgroepen.
- Er vinden in de gezinsbegeleiding van de experimentele onderzoeksgroep niet significant meer contacten met het gezin plaats.
- In de experimentele onderzoeksgroep vinden per cliënt meer contacten plaats dan in de externe vergelijkingsgroep. Vanwege de langere duur van de gezinsbegeleiding in de experimentele onderzoeksgroep is de intensiteit van de hulpverlening vrijwel vergelijkbaar met die van de beide vergelijkingsgroepen.
- In de experimentele onderzoeksgroep en in de interne vergelijkingsgroep wordt significant meer verslag gedaan van het *onderhouden van de werkrelatie* dan in de externe vergelijkingsgroep.
- In de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep

worden *doelen* meer gesteld in de aanvangsperiode van de ambulante hulp aan het gezin dan doorlopend gedurende het hulpverleningstraject zoals in de externe vergelijkingsgroep.

Kenmerken daghulp

- De experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep zijn vergelijkbaar wat betreft de intensiteit van de daghulp.
- In de experimentele onderzoeksgroep wordt significant meer verslag gedaan van contacten met het hele gezin. Daarnaast wordt het initiatief voor het contact met de pedagogisch medewerker in de experimentele onderzoeksgroep vaker door ouders genomen in vergelijking met de interne vergelijkingsgroep.
- De pedagogisch medewerkers besteden relatief weinig aandacht aan de vraaggerichte verrichtingen *doelen stellen, doelen evalueren en/of aanpassen* en *werkpunten stellen*.
- In de daghulp doet de experimentele onderzoeksgroep meer verslag van verrichtingen t.b.v. het *hulpverleningsklimaat*, het *evalueren en/of aanpassen van werkpunten* en het *bespreken van de dagelijkse routine* dan de interne vergelijkingsgroep.
- De interne vergelijkingsgroep doet in de uitvoering van de daghulp meer verslag van *adviezen en instructies voor (gedrags)veranderingen*.

Vraaggericht werken

- De gezinsbegeleiders en coaches van de onderzoeksgroepen werken naar de mening van de cliënt vergelijkbaar vraaggericht.
- De gezinsbegeleiders van de experimentele onderzoeksgroep geven aan dat zij vraaggericht te werk zijn gegaan dan de gezinsbegeleiders van de beide vergelijkingsgroepen. Specifiek op de aspecten *participatie, houding, deskundigheid en dialoog* scoren de gezinsbegeleiders hun vraaggericht werken hoger.
- De coaches van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep beoordelen hun vraaggericht werken vergelijkbaar, met uitzondering van de subschaal *deskundigheid hulpverlener*: Daarop scoren de coaches van de interne vergelijkingsgroep significant hoger dan de coaches van de experimentele onderzoeksgroep.
- De verschillen in beleving van het vraaggericht werken tussen cliënten en gezinsbegeleiders zijn niet significant gebleken. Alleen het verschil tussen de coaches en cliënten in de interne vergelijkingsgroep is significant.

In antwoord op de vraag hoe het proces van de hulpverlening verloopt, wordt uit de geschetste bevindingen duidelijk dat in de experimentele onderzoeksgroep vraaggericht gewerkt is. Echter, in geen van de onderzochte aspecten is er sprake van een significant hogere mate van vraaggericht werken door de experimentele onderzoeksgroep in vergelijking tot beide vergelijkingsgroepen. Sporadisch zijn er significante verschillen met één van beide vergelijkingsgroepen. Dit doet vermoeden dat het vraaggericht werken zoals in dit onderdeel van het onderzoek geoperationaliiseerd is, meer dan op voorhand aangenomen werd, gemeengoed is in de organisatie waarvan de experimentele onderzoeksgroep deel uitmaakt en daarbuiten.

Wat betreft het gezinsgericht werken valt op dat als eenmalig gevraagd wordt naar wie er bij de hulpverlening betrokken zijn geweest, cliënten en gezinsbegeleiders laten weten dat dit in veel gevallen het hele gezin of de ouders en het kind geweest zijn. De verslaglegging met behulp van de verrichtingenlijsten brengt echter aan het licht dat het in meer dan de helft van de contacten, contacten betrof die plaatsvonden met alleen de ouders. Ook in het geval van de daghulp blijkt de indruk van wie er betrokken waren bij de daghulp te verschillen van de verslaglegging met behulp van de verrichtingenlijst. Op basis van het laatste blijkt dat de daghulp uit meer individuele contacten met het kind bestaat (experimenteel 11%; intern 27%) dan op basis van de indruk van het individuele kind als betrokkene verwacht zou worden (experimenteel en intern 5%). In de discussie in hoofdstuk 7 wordt nader op deze bevindingen ingegaan.

6

Uitkomsten

6.1 Inleiding

Hoewel het de opzet was om van een substantiële groep cliënten uitkomsten in kaart te brengen, is dat met name in de experimentele onderzoeksgroep slechts zeer beperkt gelukt: uitgaande van de respons van cliënten gaat het om vijf casussen. In de interne en externe vergelijkingsgroep zijn de aantallen respondenten aan cliëntzijde groter (respectievelijk $n = 24$ en $n = 13$).

De respons onder de gezinsbegeleiders is in de experimentele onderzoeksgroep en de interne en externe vergelijkingsgroep eveneens hoger (respectievelijk $n = 15$, $n = 47$ en $n = 17$). We geven in het onderstaande eerst enkele hoofdlijnen (zie voor een uitgebreide rapportage Metselaar, 2010) om vervolgens in te zoomen op een aantal specifiek geselecteerde casussen.

Uitkomsten volgens gezinsbegeleiders

- Op de variabelen *functioneren van de jeugdige*, *de kwaliteit van de omgeving*, *de zwaarte van de zorg* en *urgentie van de zorg* zoals waargenomen door de gezinsbegeleiders (STEP) is er bij de experimentele onderzoeksgroep sprake van een grote 'effect size'¹ (ES). Deze ES is met betrekking tot alle vier de aspecten groter dan de ES van de beide vergelijkingsgroepen. Bij afronding van de hulpverlening is de inschatting van de gezinsbe-

¹ In het interpreteren van effectsize (ES) worden de normen ontleend aan Van Yperen, Bijl en Veerman (2008): kleine ES: 0,20–0,49; middelgrote ES: 0,50–0,79; grote ES: $\geq 0,80$.

geleiders in de experimentele onderzoeksgroep, dat er significant minder zware hulp als vervolg op de geboden hulp noodzakelijk is dan in de beide vergelijkingsgroepen (STEP).

- In het *gezinsfunctioneren* is er in de drie onderzoeksgroepen weinig resultaat geboekt. In het *gezinsfunctioneren* (VGF) heeft de hulpverlening van de drie onderzoeksgroepen in een kleine ES geresulteerd.
- Wat betreft de *doelrealisatie* worden er in de experimentele onderzoeksgroep betere resultaten geboekt dan in de beide vergelijkingsgroepen. In de externe vergelijkingsgroep is het gemiddelde percentage doelen dat niet behaald is en waarbij de situatie ongunstiger is geworden, significant hoger dan in de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep. In de interne vergelijkingsgroep is het gemiddelde percentage doelen dat niet behaald is en waarbij de situatie onveranderd is gebleven, significant hoger dan in de experimentele onderzoeksgroep en de externe vergelijkingsgroep.
- Volgens de gezinsbegeleiders is de *ervaren effectiviteit* vanwege veranderingen in het gedrag van het kind, in het functioneren van het gezin en in de opvoeding in de experimentele onderzoeksgroep hoger dan in de beide vergelijkingsgroepen.
- Gezinsbegeleiders in de experimentele onderzoeksgroep zijn significant meer *tevreden* over het *proces* en de *resultaten* van de hulpverlening dan de begeleiders in de beide vergelijkingsgroepen. De onderzoeksgroepen verschillen niet in *tevredenheid* die de gezinsbegeleiders ervaren wat betreft de *duur* van de hulpverlening.

Uitkomsten volgens cliënten

- Wat betreft het *functioneren van het kind* (CBCL) worden er in de experimentele onderzoeksgroep betere resultaten geboekt dan in de beide vergelijkingsgroepen. Er is in de experimentele onderzoeksgroep sprake van middelgrote (internaliseren) tot grote (externaliseren en totale problemen) effect size (ES). In de beide vergelijkingsgroepen variëren de ES van klein tot middelgroot.
- Wat betreft ervaren *opvoedingsstress* bij de ouders (NOSI-2003) is er in de experimentele onderzoeksgroep sprake van een grote (kinddomein), een kleine (ouderdomein) en een middelgrote (totale opvoedingsstress) ES. Daarmee verschilt de experimentele onderzoeksgroep op het kinddomein in positieve zin van de externe vergelijkingsgroep (middelgrote ES) en op het ouderdomein in negatieve zin (grote ES). In de interne ver-

gelijkingsgroep is in alle drie de opzichten (kinddomein, ouderdomein, totale opvoedingsstress) sprake van een kleine ES.

- Op CBCL- en NOSI-uitkomsten in termen van de drie categorieën ‘vooruitgang’, ‘twijfel of behandeling nodig is’, en ‘twijfel over geschiktheid behandeling’ verschillen de drie onderzoeksgroepen niet significant van elkaar.
- Een meerderheid van de ouders (in alle drie de groepen > 90%) laat geen verandering zien in het *omgaan met opvoedingsproblemen* (UCL) die van toepassing kunnen zijn in de opvoeding.
- Cliënten in de experimentele onderzoeksgroep zijn significant vaker *tevreden* met het bereikte *hulpverleningsresultaat* dan cliënten in beide vergelijkingsgroepen. De onderzoeksgroepen verschillen niet wat betreft de *tevredenheid* van cliënten over *duur*, *proces* en *ervaren effectiviteit* van de hulpverlening.

Het is niet juist om verreikende conclusies te verbinden aan de vergelijking van de onderzoeksgroepen in deze samenstelling, in de wetenschap dat deze groepen qua omvang zo verschillen dat ze onderling niet goed vergelijkbaar zijn. De uitkomsten geven echter wel aanleiding om na te gaan of een vergelijking van de ‘datarijke’ casussen in de experimentele onderzoeksgroep met soortgelijke casussen uit de interne en externe vergelijkingsgroep het geschetste beeld bevestigt. We zullen met andere woorden inzoomen op een beperkt aantal casussen om indicaties voor effectiviteit te verwerven. We zien dit deel van de studie naar de hulpverlening bij Gezin Centraal als een pilotstudie. In 6.2 wordt hiervan verslag gedaan. Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen (6.3).

6.2 Pilotstudie

6.2.1 Casussen in de pilotstudie

De vijf casussen uit de experimentele groep waarover door cliënten geleverde data voorhanden zijn, zijn met behulp van ‘propensity score matching’ (PSM, zie bijv. Geurts, Lekkerkerker, Van Yperen, & Veerman, 2010; Guo, Barth, & Gibbons, 2005; Lee & Thompson, 2008; Rosenbaum & Rubin, 1983) gekoppeld aan vijf casussen uit de interne en vijf casussen uit de externe vergelijkingsgroep. De koppeling komt tot stand met behulp van propensity scores, gebaseerd op aanvangsvariabelen: sociaaldemografische kenmerken (seks, leeftijd (in jaren), gezinssamenstelling (al dan niet biologische ouders en al dan niet twee-oudergezin) en etniciteit) en probleemsituatie bij aanvang (gecategoriseerde normatieve deviatiescores van gedrags-

problemen (CBLC totaalscore) en opvoedingsstress (NOSI totaalscore). De casussen werden eenmalig gekoppeld ('sampling without replacement'). Met het oog op overeenkomstige koppels werd gebruik gemaakt van 'caliper matching' (zie ook Quade, 1982). Het streven was in navolging van Bartak e.a. (2009) alleen gebruik te maken van koppels waarbij het verschil in propensity score tussen de experimentele casus en de gekoppelde casus niet groter dan 0,10 is. In drie van de tien gevallen werd deze norm (enigszins) overschreden².

Per onderzoeksgroep is nagegaan of de vijf casussen van de pilot verschillen van de rest van de totale onderzoeksgroepen in leeftijd, sekse, gezinssamenstelling, etniciteit, gedragsproblemen, opvoedingsstress en gezinsfunctioneren bij aanvang. Hieruit blijkt alleen dat van de pilot casussen van de experimentele onderzoeksgroep significant meer meisjes deeluitmaken ($\chi^2 = 4,848$; $df = 1$; $p = 0,047$) en dat in de externe vergelijkingsgroep sprake was van beter gezinsfunctioneren bij de pilot casussen bij aanvang van de hulpverlening dan bij de overige casussen van de externe vergelijkingsgroep ($t = -2,102$; $df = 19$; $p = 0,049$).

Van de 15 casussen is niet in alle gevallen de mening en verslaglegging van de gezinsbegeleider over de situatie bij aanvang, afronding en het tussenliggende proces voorhanden. Daarom wordt in het navolgende (6.2.2 en 6.2.3) verslag gedaan van uitkomsten bij afronding van de hulpverlening zoals gepercipieerd door de ouders.

6.2.2 Functioneren van het kind (CBCL)

Bij afronding van de hulpverlening doen ouders met behulp van de CBCL verslag van het functioneren van hun kind. De verwachting is dat in de experimentele groep meer kinderen in de categorie 'geen problemen' vallen en dat de gemiddelde deviatiescore bij afronding lager is in vergelijking met de interne en externe vergelijkingsgroep. Deze verwachting blijkt uit te komen (bijlage 5, tabel B6.1 en B6.2).

Om na te gaan of er sprake is van verandering in het gedragsmatig functioneren van het kind, is de situatie bij afronding van de hulpverlening vergeleken met die bij aanvang en is de effectsize (ES) of veranderingsgrootte (Veerman, 2008) berekend (tabel B6.3). De verwachting is, dat er in de experimentele onderzoeksgroep sprake is van een hogere ES dan in de interne en externe vergelijkingsgroep. In de drie onderzoeksgroepen is de ES voor externaliserende gedragsproblemen groter dan die voor internaliserende gedragsproblemen. Daarnaast zijn de ES-waarden voor de experimentele groep op alle drie de gedragsmaten groter dan die in de twee

² De normstelling werd in het geval van het matchen van de experimentele onderzoeksgroep met de interne vergelijkingsgroep in vier van de vijf gevallen gehaald (in één geval was er sprake van een verschil van 0,29). In het matchen van de experimentele onderzoeksgroep en de externe vergelijkingsgroep werd de norm in twee gevallen overschreden (respectievelijk 0,37 en 0,75).

vergelijkingsgroepen. Met dit laatste blijkt de eerder geschetste verwachting uit te komen.

Op basis van de berekende reliable change index (RCI) blijkt het aantal cliënten dat vooruitgang doormaakt bij de experimentele groep met betrekking tot internaliserende problematiek en totale problematiek groter te zijn dan in de interne en externe vergelijkingsgroep. Met betrekking tot externaliserende problematiek is dit aantal kleiner dan in de interne vergelijkingsgroep en gelijk aan de externe vergelijkingsgroep (tabel B6.4).

De 'betrouwbare verandering' die heeft plaatsgevonden (RCI) in combinatie met het functioneren van het kind bij afronding van de hulpverlening (NDS), zijn aangescherpt met behulp van de uitkomstcategorieën zoals beschreven door Veerman (2008). De verwachting is, dat in de experimentele onderzoeksgroep meer cliënten dan bij de beide vergelijkingsgroepen tot de groep behoren die vooruitgang heeft geboekt en dat er bij afronding van de hulpverlening bij minder cliënten twijfel is of de behandeling nodig was en of een andere behandeling wellicht geschikter was geweest. Deze verwachtingen komen gedeeltelijk uit. In de experimentele groep is het aantal cliënten dat vooruitgang boekt in internaliserende problematiek en totale problematiek groter dan in de beide vergelijkingsgroepen; kijkend naar externaliserende problematiek is dat echter niet het geval (tabel B6.5).

6.2.3 Opvoedingsstress (NOSI-2003)

Met behulp van de NOSI is de opvoedingsstress bij ouders in beeld gebracht (tabel B6.6. en tabel B6.7). De verwachting is, dat in de experimentele onderzoeksgroep minder cliënten opvoedingsstress ervaren. Dit wordt in de vergelijking van de experimentele onderzoeksgroep met de interne vergelijkingsgroep bevestigd en in vergelijking met de externe vergelijkingsgroep blijft deze verwachting uit.

Met betrekking tot de ES in de ervaren opvoedingsstress is de verwachting dat er in de experimentele onderzoeksgroep sprake is van een hogere ES dan in de interne en externe vergelijkingsgroep. In de experimentele onderzoeksgroep variëren de ES-waarden (grote ES kinddomein, kleine ES ouderdomein, middelgrote ES totale opvoedingsstress). De ES-waarden zijn echter op alle gebieden groter dan in de interne vergelijkingsgroep (kleine ES-waarden). In de externe vergelijkingsgroep is sprake van middelgrote ES-waarden. Daarmee is de verwachting met betrekking tot de ES bij de experimentele onderzoeksgroep in vergelijking met de interne vergelijkingsgroep op alle gebieden uitgekomen, en in vergelijking met de externe vergelijkingsgroep alleen op het kinddomein (tabel B6.8).

In de experimentele onderzoeksgroep heeft de hulpverlening bij meer cliënten tot vooruitgang in opvoedingsstress op het kinddomein geleid dan bij beide vergelijkingsgroepen (tabel B6.9 en B6.10). Op het ouderdomein is er in de externe ver-

gelijkingsgroep sprake van meer vooruitgang. In de totale opvoedingsstress is het aantal cliënten in de experimentele onderzoeksgroep dat vooruitgang doormaakt groter dan in de beide vergelijkingsgroepen.

6.2.4 Typering casussen

Naar aanleiding van de uitkomsten van de hulpverlening van de 15 casussen ontstaat de behoefte om ook het afgelegde proces van hulpverlening nader te bekijken. Het doel van deze nadere analyse is om aanwijzingen voor eventuele patronen in kenmerken van de cliënten, het proces en de uitkomsten aan het licht te brengen. Om dit te onderzoeken is een selectie van relevante cliënt-, proces- en uitkomstvariabelen gemaakt. Wat betreft cliënt- en procesvariabelen gaat het hierbij om het functioneren van het kind en opvoedingsstress bij aanvang en bij afronding van de hulpverlening, motivatie, hulpvraag en doelen, aanbod, verrichtingen in het algemeen, vraaggerichte verrichtingen in het bijzonder, vraaggericht werken, duur en intensiteit van de gezinsbegeleiding. Wat betreft uitkomstvariabelen betreft het vooruitgang en uitkomst in het functioneren van het kind en de opvoedingsstress, ervaren effectiviteit, doelrealisatie en tevredenheid.

Sommige cliënt- en procesvariabelen zijn gehercodeerd tot een trichonomie; met behulp van twee 'cutpoints' (33^e percentiel en 67^e percentiel) zijn scores getransformeerd tot de (relatieve) waarden 'laag', 'midden' en 'hoog'. De overige variabelen kennen reeds een eenduidige drie- of vierdeling van waarden.

Geprobeerd is de casussen te clusteren op basis van (een vergelijkbare) aanvangsproblematiek en uitkomst van de hulpverlening bij afronding. De clustering naar aanvangsproblematiek leverde twee groepen op: één groep met behandelingsnoodzaak op basis van het functioneren van het kind en de opvoedingsstress bij aanvang en één groep zonder ogenschijnlijke behandelingsnoodzaak. Binnen de eerste groep wordt onderscheid gemaakt tussen vier groepen:

- A: succesvolle cliënten (n = 3);
- B: gedeeltelijk succesvolle cliënten (n = 3);
- C: cliënten met onveranderde problematiek (n = 2);
- D: cliënten met toenemende problematiek (n = 3);

Binnen de tweede groep, de groep zonder behandelingsnoodzaak, wordt onderscheid gemaakt tussen twee groepen:

- E: cliënten met toenemende problematiek (n = 1);
- F: cliënten in onveranderde situatie (n = 3).

Zodoende worden zes verschillende typeringen van cliënten onderscheiden. Vervolgens zijn de gegevens (cliënt-, proces- en uitkomstvariabelen) in een matrix (Swanborn, 2008) geplaatst (tabel 6.1). Gebruik van kleur is toegepast om de detectie van patronen te ondersteunen (Bogdan & Taylor, 1975; Maso, 1987). Per aanvangsvariabele (motivatie, hulpvraag en doelen) en procesvariabele is bij aanpalende variabelen omwille van het onderscheid telkens voor een andere basiskleur gekozen. Deze kleur wordt vervolgens in verschillende gradaties weergegeven. Een lichte kleur duidt op een lage waarde, een donkere kleur duidt op een hoge waarde. Ten slotte is op basis van de matrix nagegaan of er bepaalde relaties of patronen tussen variabelen zijn aan te wijzen. Hierover wordt in het hiernavolgende gerapporteerd. De typering van de casussen wordt eerst afzonderlijk besproken waarna enkele algemene observaties en overwegingen volgen.

6.2.5 De casetypen

Typering 'succesvolle cliënten'

Het type 'succesvolle cliënten' betreft cliënten die vanwege forse kind- en opvoedingsproblematiek een beroep op de jeugdzorg doet. De hulpvraag van deze cliënten heeft voornamelijk betrekking op het gezin en op probleembeschrijving. Deze cliënten zijn meestal lang in zorg en volgen overwegend een intensief traject van gezinsbegeleiding. In de hulpverlening wordt door de gezinsbegeleider, op basis van zijn verrichtingen, in enige mate vraaggericht gewerkt. Met de geboden gezinsbegeleiding, eventueel in combinatie met daghulp aan het kind, wordt zowel wat betreft gedragsproblemen als opvoedingsstress vooruitgang geboekt en worden de gewenste resultaten bereikt. Er is sprake van een hoge mate van doelrealisatie en tevredenheid.

Er zijn aanwijzingen dat het hulpverleningsaanbod aansluit bij de gestelde hulpverleningsdoelen. In het hulpverlenend handelen is er veel aandacht geweest voor het werken aan gedragsveranderingen. Naar de mening van de cliënt heeft de gezinsbegeleider matig vraaggericht gewerkt, terwijl de betreffende gezinsbegeleider van mening is in hoge mate vraaggericht gewerkt te hebben.

Tabel 6.1: Pilotstudie Vraag-onderzoek

* = minimum tot 33e percentiel; ** = 33e tot 67e percentiel; *** = 67e percentiel tot en met maximum.

a) casussen: exp = experimentele onderzoeksgroep; int = interne vergelijkingsgroep; ext = externe vergelijkingsgroep;

b) situatie functioneren kind (CBCL): + = niet klinisch; o = grensgebied; – = klinisch;

c) situatie opvoedingsstress (NOSI): + = zeer laag, laag, onder gemiddeld & gemiddeld; o = boven gemiddeld; – = hoog & zeer hoog;

d) motivatie: veranderingsmotivatie: minimum= 6; 33e percentiel= 8; 67e percentiel= 9; maximum= 10; begeleidingsmotivatie: minimum= 7; 33e percentiel= 8; 67e percentiel= 9; maximum= 10;

e) hulpvraag kind (%): minimum= 0; 33e percentiel= 25; 67e percentiel= 26,67; maximum= 75; hulpvraag gezin (%): minimum= 25; 33e percentiel= 50; 67e percentiel= 53,33; maximum= 100; hulpvraag omgeving (%): minimum= 0; maximum= 37,50; hulpvraag probleembeschrijving (%): minimum= 0; 33e percentiel= 0; 67e percentiel= 11,11; maximum= 25;

f) doelen kind (%): minimum= 25; 33e percentiel= 33,33; 67e percentiel= 50; maximum= 66,67; doelen gezin (%): minimum= 0; 33e percentiel= 45,45; 67e percentiel= 50; maximum= 66,67; doelen omgeving (%): minimum= 0; maximum= 50; doelen probleembeschrijving (%): minimum= 0; maximum= 33,33;

g) aanbod: alleen ambulante gezinshulp = +; ambulante gezinshulp in combinatie met daghulp en/of training = ++;

h) a-verrichtingen (%): minimum= 6,52; 33e percentiel= 13,71; 67e percentiel= 16,07; maximum= 28,00; b-verrichtingen (%): minimum= 5,36; 33e percentiel= 22,12; 67e percentiel= 25,76; maximum= 49,19; c-verrichtingen (%): minimum= 3,71; 33e percentiel= 48,00; 67e percentiel= 55,19; maximum= 76,79; d-verrichtingen (%): minimum= 0,00; 33e percentiel= 1,52; 67e percentiel= 2,02; maximum= 7,96; e-verrichtingen (%): minimum= 0,00; 33e percentiel= 0,00; 67e percentiel= 1,09; maximum= 7,94;

i) vraag centraal (% verrichtingen per traject): minimum= 12,02; 33e percentiel= 16,30; 67e percentiel= 22,22; maximum= 45,97; houding hulpverlener (% verrichtingen per traject): minimum= 8,70; 33e percentiel= 19,19; 67e percentiel= 23,08; maximum= 40,00; participatie cliënt (% verrichtingen per traject): minimum= 1,59; 33e percentiel= 5,05; 67e percentiel= 6,61; maximum= 16,92; vraaggericht hulpverlenend handelen overall (% verrichtingen per traject): minimum= 29,35; 33e percentiel= 49,21; 67e percentiel= 55,37; maximum= 71,77;

j) vraaggericht werken (op basis van de VEH): naar de mening van de cliënt: minimum= 0,04; 33e percentiel= 0,51; 67e percentiel= 0,96; maximum= 1,00; naar de mening van de gezinsbegeleider: minimum= 0,22; 33e percentiel= 0,29; 67e percentiel= 0,64; maximum= 1,00;

k) duur zorg (weken): minimum= 20; 33e percentiel= 30; 67e percentiel= 44; maximum= 87;

l) intensiteit (aantal contacten gezinsbegeleiding per maand): minimum= 1,53; 33e percentiel= 2,21; 67e percentiel= 2,43; maximum= 4,56;

m) ervaren effectiviteit gedrag kind: ++ = goed vooruit gegaan; + = iets verbeterd; o = niet veranderd; – = slechter geworden; ervaren effectiviteit functioneren gezin: ++ = goed vooruit gegaan; + = iets verbeterd; o = niet veranderd; – = slechter geworden; ervaren effectiviteit opvoeding: ++ = goed vooruit gegaan; + = iets verbeterd; o = niet veranderd; – = slechter geworden; ervaren effectiviteit inzicht ouders: ++ = goed vooruit gegaan; + = iets verbeterd; o = niet veranderd; – = slechter geworden;

n) doelrealisatie: +++ = bereikt; ++ = bereikt en gedeeltelijk bereikt; + = gedeeltelijk bereikt; – = niet bereikt, gedeeltelijk bereikt, & bereikt;

o) tevredenheid (proces & resultaat): ++ = erg tevreden; + = tevreden; o = neutraal; – = ontevreden; – – = erg ontevreden;

p) de dichtheid van de data van de variabelen 'hulpvraag omgeving', 'doelen omgeving' en 'doelen probleembeschrijving' maakt het niet mogelijk om de data te classificeren aan de hand van het 33e en 67e percentiel in drie categorieën. Deze variabelen worden zodoende op een hoger aggregatieniveau weer gegeven.

q) vraag centraal, verrichtingen: bespreken van de hulpvraag van het gezin (B1), doelen stellen met cliënt(en) (B1), evalueren en/of aanpassen van doelen en hulpproces (B12), werkpunten stellen met cliënt(en) (C1) & evalueren en/of aanpassen van werkpunten (C2);

r) vraaggerichte houding van de hulpverlener, verrichtingen: onderhouden van een werkrelatie (overall A) & geven van complementerende feedback (C3);

s) participatie van de cliënt, verrichtingen: bespreken van de perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B2) & bespreken van krachten in het gezin (B3);

t) vooruitgang (Reliable Change Index): + = betekenisvolle vooruitgang; o = geen betekenisvolle verandering; – = betekenisvolle verslechtering;

u) uitkomst (RCI & normscore bij afronding gecombineerd): + = vooruitgang geboekt; o = twijfel of de behandeling nodig was; – = wellicht was andere behandeling geschikter;

	aanvang										proces												afronding																		
casussen ^a	functioneren kind ^b	opvoedingsstress ^c	motivatie ^d	hulpvraag ^e	gezin	omgeving ^p	probleembeschrijving	kind	gezin	omgeving	probleembeschrijving	aanbod ^g	% verrichtingen ^h	verzamenen van informatie	werken aan gedrags- veranderingen	oplossingen vinden in de omgeving	taken verlichten	% vraaggericht handelen ⁱ	houding hulpverlener ^r	participatie cliënt ^s	overall	vraaggr. werken mening cliënt ^j	vraag. werken mening IGBer	duur IGBk	intensiteit ^l	functioneren kind	voortgang ^t	uitkomst ^u	situatie	uitkomst	gedrag kind	functioneren gezin	opvoeding	inzicht ouders	doelrealisatie ⁿ	proces	resultaat				
A1 - exp	-	-	•	...	•	•	••	••	•	•	•	•	••	•	•	•	•	•	••		...	•	+	+	+	-	+	+	++	0	+	+	+	+	+	0	
A2 - exp	-	-	•	•	•	•••	•	•	•	••	...	•	••	•	•	•	•	•••	••	••	••	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	+++	++	++	++	
A3 - ext	-	-	••	••	•	•	...	•	•••	•	•	•	•	•	••	•	•	•	•	•		••	••	...	+	+	+	+	+	+	++	++	+	++		++	++	++	
B1 - ext	-	-	•	...	••	•	•••	•	•	•	••	•	•	•	•	•	••	••	••	••	••		0	0	0	0	+	+	++	+	+	+	+	+	++	++	
B2 - int	-	-	•	•								••	•	••	...	••	••	••	••	•	••	••		••	-	0	-	-	+	+	+	++	++	++		++	++	++	
B3 - exp	-	0	•	•	••	••	...	••	•••	•	•	•	••	...	•	••	••	••	••	••	••	••	...	•	•	•	-	0	-	+	+	+	++	++	++	++		++	++	++	
C1 - ext	-	-	•	•	...	•	•	•	••	••	•	•	••	•	...	••	•	•	••	••	•	•	••		-	0	-	-	0	-	++	+	++	++	-	+	+	+	
C2 - int	-	-	••	••	•	•	••	•	••	••	•	•	...	•	•	••	••	••	•	•	••	••	...	•	...	-	0	-	-	0	-	-	+	+	+	++	+	-	
D1 - exp	-	0	•	•	...	•	•	•	•	••	•	•	...	••	••	•	•	•	•	••	••	••			...	...	-	0	-	-	-	0	+	+	+	+	++	+	0	
D2 - ext	-	0	•	•	•	•	••	••	••	...	••	•	•	•	••	••	••	••	••	••	0	0	0	-	-	-	++	+	+	+	+	+	+	+	
D3 - int	-	0	••	••	•	•	•	...	••	•	••	•	••	...	•	...	...	••	•	••	••	••	•	••	...	...	-	0	-	0	-	0	+	+	0	+	++	+	0	
E1 - int	+	+	•	•	•				•	••	...	••	••	•	••	••	•	•	•	...	•	0	0	0	-	-	-	+	+	+	++		++	0		
F1 - exp	+	+	•	...								•												+	0	0	+	0	0	++	++	++	++		++	++	++	
F2 - int	+	+	•	•	•	•	••	•				•											•	...	•		+	0	0	+	0	0	++	+	+	+		+	+	+	
F3 - ext	+	+	••	••	•	...	••	•••	•	•	••	•	•	••	...	•	•	•	••	••	••	••	...	•	...	•	...	+	0	0	+	0	0	++	++	++	++	++	++	++	+

Typering 'gedeeltelijk succesvolle cliënten'

De cliënten in deze categorie starten de hulpverlening vanuit een zeer problematische situatie die bij afronding van de hulpverlening ten dele verbeterd is. Vooruitgang wordt geboekt in de vorm van verminderde opvoedingsstress bij de ouders; de gedragsproblemen bij het kind zijn echter (nog) niet verholpen. De cliënten ervaren zelf op alle fronten een hoge mate van effectiviteit. Ook de tevredenheid over het hulpverleningsproces en het eindresultaat is bij hen hoog. Veel aandacht is geschonken aan het verzamelen van informatie. Specifiek met betrekking tot vraaggericht werken is gefocust op het centraal stellen van de hulpvraag en het bevorderen van de participatie van de cliënt. Er leven relatief veel vragen op de verschillende gebieden kind, gezin, omgeving en probleembeschrijving. De gezinsbegeleiding is naar verhouding niet intensief maar meestal wel langdurig. Deze wordt dan gecombineerd met daghulp voor het kind.

Typering 'cliënten met onveranderde problematiek'

De cliënten in deze categorie gaan de hulpverlening van start vanwege forse kind- en opvoedingsproblematiek. Bij afronding van de hulpverlening is dit nog steeds de situatie; er wordt geen vooruitgang geboekt. De mate van doelrealisatie is beperkt. Ook de tevredenheid met het proces en het resultaat is niet maximaal.

De doelen van de hulpverlening hebben op zowel het kind als het gezin betrekking; de hulp richt zich feitelijk alleen op het gezin. Er gaat in de gezinsbegeleiding veel aandacht uit naar het onderhouden van een goede werkrelatie en het vinden van oplossingen in de omgeving. Het vraaggericht werken (bv. participatie van de cliënt) komt beperkt tot uiting. De tijdsduur van het begeleidingstraject is relatief kort.

Typering 'cliënten met toenemende problematiek'

Bij dit type gaat het om cliënten bij wie de problematiek gedurende het hulpverleningstraject niet afneemt en in sommige opzichten zelfs toeneemt. Deze cliënten ervaren bij aanvang van de hulpverlening forse problematiek. Aan het einde van het traject is het functioneren van het kind niet betekenisvol veranderd en de opvoedingsstress verder toegenomen. De ervaren effectiviteit en de tevredenheid over proces en uitkomsten zijn overwegend beperkt.

In de gezinsbegeleiding is niet duidelijk aan gedragsveranderingen gewerkt. Er is wel in hoge mate vraaggericht gewerkt, met veel aandacht voor participatie van ouders en een vraaggerichte attitude van gezinsbegeleiders. Cliënten herkennen deze inzet echter slechts in beperkte mate. Aan het verzamelen van informatie en het onderhouden van een goede werkrelatie wordt eveneens veel energie besteed. De geboden gezinsbegeleiding is intensief en van middellange duur.

Typering 'cliënten zonder intensieve behandelingsnoodzaak met toenemende problematiek'

In de pilotstudie komt één casus naar voren waarbij hulpverlening wordt gestart terwijl er noch bij het kind noch bij de opvoeders sprake is van grote problemen. Desondanks heeft het hulpverleningstraject relatief lang geduurd en was er sprake van een matige intensiteit. Bij afronding is het functioneren van het kind nagenoeg onveranderd, terwijl er bij de ouders sprake is van toegenomen opvoedingsstress.

De ervaren effectiviteit is beperkt. De cliënt blijkt erg tevreden te zijn over het hulpproces maar neutraal tevreden wat betreft het resultaat.

De hulpverlening bestaat uit intensieve gezinsbegeleiding met veel aandacht voor het verzamelen van informatie en minder voor het onderhouden van de werkrelatie en het werken aan gedragsveranderingen. Over doelen is in dit geval niets bekend. Volgens de gezinsbegeleider is er minimaal vraaggericht gewerkt; de cliënt is hieromtrent positiever gestemd.

Typering 'cliënten zonder intensieve behandelingsnoodzaak'

De laatste groep cliënten start de hulpverlening met een normaal functionerend kind en een gemiddelde opvoedingsstress en eindigt het traject in dezelfde omstandigheden. Er doet zich geen verandering voor in het functioneren van het kind en in de ervaren opvoedingsstress. Op basis van deze uitkomsten bestaat twijfel of behandeling nodig was.

De ervaren effectiviteit is echter hoog: op vrijwel alle fronten hebben de cliënten de ervaring dat ze goed vooruit zijn gegaan. De hulpdoelen zijn bereikt of gedeeltelijk bereikt. De cliënten zijn overwegend erg tevreden over het proces en tevreden met het resultaat van de hulpverlening.

De hulpverlening heeft in alle drie de gevallen bestaan uit intensieve gezinsbegeleiding zonder gebruik van aanvullende modules. De gezinsbegeleiding was van relatief korte duur en matig intensief. Over de mate van vraaggericht werken op basis van de verrichtingen van de gezinsbegeleider is te weinig bekend. Over het vraaggericht werken bestaat verder onduidelijkheid vanwege tegengestelde opvattingen van gezinsbegeleiders en cliënten.

6.2.6 Observaties en overwegingen

Experimentele vs. vergelijkingsgroepen

Slechts één van de vijf casussen uit de experimentele onderzoeksgroep laat aan zowel de kind- als gezinskant negatieve uitkomsten zien (casus D1), één casus geeft een gemengd beeld (casus B3: positief resultaat bij ouders), en de overige drie casussen (A1, A2, F1) tonen een vrijwel geheel positief resultaat aan kind- en gezinskant.

Dit zou de indruk kunnen wekken dat Gezin Centraal overwegend ‘werkt’. Dit mag, vanwege de kleinschaligheid van de studie, echter niet zo eenvoudig geconcludeerd worden.

Werken aan gedragsverandering

Bij ‘gedeeltelijk succesvolle cliënten’, ‘cliënten met onveranderde problematiek’ en ‘cliënten met toenemende problematiek’ is bij aanvang sprake van forse kind- en gezinsproblematiek en bij afronding van tegenvallende resultaten. Bij deze casustypen doen de gezinsbegeleiders in mindere mate verslag van het werken aan gedragsveranderingen. Wel is er veel aandacht voor het onderhouden van een goede werkrelatie en het verzamelen van informatie. Daarentegen wordt bij ‘succesvolle cliënten’ in hoge mate verslag gedaan van het werken aan gedragsveranderingen en in beperkte mate van het onderhouden van de werkrelatie en het verzamelen van informatie. We leiden hieruit de hypothese af dat de hulpverlening voldoende in het teken moet staan van het werken aan gedragsverandering. Als de hulpverlening teveel in het teken staat van het onderhouden van de werkrelatie en het verzamelen van informatie en het werken aan gedragsverandering uit het oog verloren dreigt te worden, bestaat het risico op tegenvallende resultaten. In de experimentele onderzoeksgroep lijkt voldoende oog gehouden te worden aan het werken aan gedragsverandering. Het werken aan gedragsverandering kan daarmee mogelijk als werkzame factor van het hulpverleningsprogramma worden aangeduid.

Vraaggericht hulpverlenen

In de ‘moeizame’ hulpverleningstrajecten (de typen ‘gedeeltelijk succesvolle cliënten’, ‘cliënten met onveranderde problematiek’ en ‘cliënten met toenemende problematiek’) wordt relatief veel aandacht geschonken aan elementen van vraaggericht werken (de vraag centraal, participatie van de cliënt en de houding van de hulpverlener). De gezinsbegeleider lijkt in deze gevallen die aspecten van een vraaggerichte benadering niet in de goede verhouding toe te passen. Dat de resultaten vervolgens achterblijven bij de verwachtingen is een indicatie dat als het vraaggericht werken uit balans toegepast onvoldoende ‘power’ genereert om gedrags- en opvoedingsproblemen effectief aan te pakken. De basale aanname dat een hoger aandeel van alle aspecten van het vraaggericht handelen per definitie tot betere resultaten leidt, komt daarmee ter discussie te staan.

De experimentele onderzoeksgroep blijkt in deze ‘moeizame’ hulpverleningstrajecten minder goed vertegenwoordigd te zijn dan de beide vergelijkingsgroepen. Dit doet vermoeden dat de gezinsbegeleiders van de experimentele groep mogelijk beter in staat zijn om de methodiek van het vraaggericht werken goed in balans toe te passen.

Ervaren vraaggerichte benadering

Er lijkt overwegend sprake van een gebrekkige samenhang tussen de mening van de cliënt over het vraaggericht werken van de gezinsbegeleider en de mening van de gezinsbegeleider zelf over zijn vraaggericht werken. De ervaringen van de cliënt met de mate van vraaggericht werken (in positieve en in negatieve zin) komen niet overeen met die van de gezinsbegeleider. Deze gebrekkige samenhang wordt het meest zichtbaar voor de typen 'cliënten zonder intensieve behandelingsnoodzaak met toenemende problematiek' en 'cliënten zonder intensieve behandelingsnoodzaak'. De mate waarin de gezinsbegeleider naar eigen zeggen invulling heeft gegeven aan de bejegening van de cliënt komt niet overeen met de beleving van de cliënt.

Bereikte doelgroep

Bij ruim een kwart van de casussen is bij aanvang van de hulpverlening géén sprake van (meetbare) gedragsproblemen en opvoedingsstress. Dit is opmerkelijk, aangezien het aanmeldingen betreft voor geïndiceerde jeugdzorg voor kinderen en hun gezinnen met opgroei problemen en/of opvoedproblemen. Deze casussen vinden we zowel in de experimentele onderzoeksgroep als in de twee vergelijkingsgroepen. De vraag rijst of er bij aanvang van hulpverlening in alle gevallen voldoende inzicht bestaat in de (zwaarte van) de probleemsituatie van de doelgroep die aangemeld wordt en in de noodzaak van behandeling in de betreffende setting.

Aansluiting zorgaanbod en gestelde doelen

In die gevallen dat de hulpdoelen (voor een deel) betrekking hebben op het kind wordt bij de '(gedeeltelijk) succesvolle cliënten' de intensieve gezinsbegeleiding aangevuld met daghulp of individuele ambulante hulp aan het kind. De aansluiting tussen het geboden zorgaanbod en de gestelde doelen wordt hierin zichtbaar. Bij de 'cliënten met onveranderde problematiek', 'cliënten met toenemende problematiek' en 'cliënten zonder intensieve behandelingsnoodzaak' wordt geen aanvullende hulp, specifiek voor het kind, ingezet wanneer er wel nadrukkelijk doelen voor het kind worden gesteld. In het geval dat er wel aanvullende hulp voor het kind wordt ingezet is er daarentegen sprake van een relatief laag percentage doelen gericht op het kind. De vraag rijst derhalve of het hulpaanbod dat wordt ingezet wel goed is afgestemd op de doelen die het (gedrag van) het kind betreffen. De klacht- en probleemanalyse lijkt te wensen over te laten en in het selecteren van de doelgroep zijn in deze gevallen ogenschijnlijk zaken (bijvoorbeeld zeer beperkte behandelingsnoodzaak) over het hoofd gezien. De casussen van de experimentele onderzoeksgroep geven geen aanleiding voor de vraag of het hulpaanbod dat ingezet is goed is afgestemd op de einddoelen.

Tevredenheid en ervaren effectiviteit

De pilotstudie maakt zichtbaar dat de tevredenheid van cliënten over de hele linie overwegend positief is. Daarbij lijkt het van belang oog te hebben voor het (subtiele) verschil tussen ‘tevreden’ en ‘zeer tevreden’. Daar waar beperkte resultaten geboekt worden (typen ‘cliënten met onveranderde problematiek’, ‘cliënten met toenemende problematiek’ en ‘cliënten zonder intensieve behandelingsnoodzaak met toenemende problematiek’) zijn cliënten minder overtuigd tevreden dan in de gevallen waarin betere resultaten geboekt worden. In het laatste geval doen cliënten er vaker verslag van ‘zeer tevreden’ te zijn. Ditzelfde lijkt te gelden voor de ervaren effectiviteit. In tevredenheidsonderzoek in de context van onderzoek naar de effectiviteit van hulpverlening lijken de scores op het (positieve) *uiteinde* van een satisfactieschaal het meest betekenisvol te zijn.

6.3 Conclusie uitkomsten

Op basis van de pilotstudie blijkt dat in de experimentele onderzoeksgroep de cliënten bij afronding van de hulpverlening minder problemen ervaren in het *functioneren van het kind* dan in de interne en externe vergelijkingsgroep. De cliënten in de experimentele onderzoeksgroep maken een grotere verandering door dan de verandering die cliënten in beide vergelijkingsgroepen doormaken.

In de experimentele onderzoeksgroep wordt bij afronding van de hulpverlening minder *opvoedingsstress* ervaren dan in de interne vergelijkingsgroep. Vergeleken met de externe vergelijkingsgroep is dit niet het geval. De verandering die de cliënten in de experimentele onderzoeksgroep doormaken in opvoedingsstress is groter vergeleken met de interne vergelijkingsgroep. Vergeleken met de externe vergelijkingsgroep geldt dit niet voor het ouderdomein, wel voor de verandering op het kinddomein en de totale opvoedingsstress.

Op basis van de uitkomsten lijkt het erop dat de hulpverlening in de experimentele onderzoeksgroep, Gezin Centraal, overwegend werkt. Het is daarmee echter niet gerechtvaardigd deze uitkomsten toe te schrijven aan de methodiek.

De aanname dat een hoger aandeel vraaggericht werken in het hulpverlenend handelen per definitie tot betere resultaten leidt, wordt in de pilotstudie niet bevestigd. Daarnaast lijkt er beperkte samenhang te bestaan tussen de ervaring van de cliënt met de mate van vraaggericht werken van de gezinsbegeleider en zijn eigen ervaring met de mate waarin hij aandacht gehad heeft voor een vraaggerichte benadering.

Het belang van het in de hulpverlening voldoende toekomen aan het werken aan gedragsveranderingen wordt door de uitkomsten van de pilotstudie benadrukt. Het

teveel aandacht schenken aan het onderhouden van de werkrelatie en het verzamelen van informatie kan ten koste gaan van het resultaat van de hulpverlening. Dit is mogelijk een bevestiging van de suggestie van Dunst e.a. (2002) om niet teveel voordelen toe te schrijven aan goede relationele hulpverleningsactiviteiten (zie ook Carr, 2009).

De pilotstudie geeft aanleiding om te veronderstellen dat niet in alle gevallen bij aanvang van de hulpverlening voldoende inzicht bestaat in de (zwaarte van) de probleemsituatie van de doelgroep die aangemeld wordt en in de noodzaak van behandeling in de betreffende setting. Er zou echter ook sprake kunnen zijn van onderrapportage door ouders. Het is ook mogelijk dat er sprake is van factoren die wel aanleiding geven voor intensieve gezinsbegeleiding, maar die in het onderzoek buiten beschouwing zijn gebleven.

De gevallen waarin sprake is van tegenvallende resultaten geven aanleiding voor het stellen van de vraag of het hulpaanbod dat wordt ingezet goed is afgestemd op de doelen die het (gedrag van) het kind betreffen.

De uitkomsten van de pilotstudie suggereren dat hoewel de tevredenheid van cliënten die geïndiceerde jeugdzorg ontvangen overwegend positief is, het verschil tussen 'tevreden' en 'erg tevreden' (het uiteinde van de satisfactieschaal) van betekenis is in het licht van de resultaten van de hulpverlening. Hier wordt ook in ander onderzoek melding van gedaan (Kendall, 1994; Kendall e.a., 1997; Shirk & Karver, 2003; Smith-Acuna, Durlak, & Kaspar, 1991).



Conclusies en aanbevelingen

7.1 Inleiding

De algemene vraagstelling die ten grondslag ligt aan de programma-evaluatie van Gezin Centraal is tweeledig en luidt: *Hoe verloopt de hulpverlening aan 6–14 jarigen bij het programma Gezin Centraal, en welke resultaten worden daarmee gehaald in vergelijking met gebruikelijke hulpverlening?*

Om tot de beantwoording van deze centrale vraagstelling te komen, zijn zes deelvragen opgesteld. Drie daarvan hebben betrekking op de *doelgroep* en het *proces* van de hulpverlening:

1. Welke cliënten maken gebruik van de hulpverlening?
2. Waaruit bestaat de hulp die cliënten feitelijk ontvangen?
3. Hoe verloopt het hulpverleningsproces?

Waarbij het er in de eerste deelvraag om gaat dat de groep cliënten die door Gezin Centraal bereikt wordt niet afwijkt van de cliënten van gebruikelijke hulpverlening. In de tweede en derde deelvraag gaat het er om dat Gezin Centraal zich onderscheidt van de ‘gewone’ jeugdzorg.

De drie overige deelvragen hebben betrekking op *indicaties voor effectiviteit* van de hulpverlening:

4. In welke mate zijn de inhoudelijke hulpverleningsdoelen bereikt?
5. In welke mate is het probleemoplossend vermogen van cliënten vergroot?
6. In welke mate zijn belanghebbenden tevreden over de hulp?

Het onderzoek is opgezet volgens de principes van de effectladder (Veerman & Van Yperen, 2008).

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. Allereerst worden de deelvragen beantwoord (7.2), waarna reflectie op het onderzoek volgt (7.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen voor verdere ontwikkeling van Gezin Centraal en nader onderzoek (7.4).

7.2 Beantwoording onderzoeksvragen

Uit eerder onderzoek naar vraaggericht werken maken we op dat vraaggericht werken impliceert dat de hulpvraag van de cliënt centraal staat, dat cliënten in hoge mate participeren en dat hulpverleners een vraaggerichte houding hebben. Deze elementen blijken op basis van de literatuur met elkaar samen te hangen. Tevens blijkt uit eerder onderzoek dat er bewijskracht is voor de werkzaamheid van deze elementen van vraaggericht werken.

Het centraal stellen van (de vraag van) de cliënt vormt een voorspeller van behandeffectiviteit (Conoley e.a., 2003; Damen & Veerman, 2004).

Participatie is van invloed op uitkomsten van hulpverlening. Het betreft onder meer uitkomsten zoals minder onthechting (Blacher & Blacher, 1994), ontslag naar huis in plaats van naar een vervolginstelling (Tam & Ho, 1996), een stabiele situatie voor het kind (Landsman e.a., 2001), tevredenheid (Brinkmeyer e.a., 2004; Koren & Paulson, 1997; Kruzich e.a., 2003) en empowerment (Singh & Curtis, 1997). Het ervaren van weinig barrières voor participatie heeft een positieve invloed op behandeling (Kazdin e.a., 1997) en kan als een protectieve factor voor therapeutische verandering een rol spelen (Kazdin & Wassell, 1999; Kazdin & Wassell, 2000). Dunst e.a. (2002) benadrukken het belang van participatiebevorderende hulpverleningsactiviteiten en het niet teveel te verwachten van goede relationele hulpverleningsactiviteiten.

Wat betreft de vraaggerichte houding van hulpverleners blijkt het luisteren naar ouders en kinderen en hen respecteren als teamleden van belang (Petr & Allen, 1997; Solomon e.a., 1992). Andere belangrijke vraaggerichte houdingsaspecten zijn onder meer een niet verwijtende attitude (Friesen e.a., 1992) en eerlijkheid en betrouwbaarheid (Trivette e.a., 1995).

Op basis van Robinson e.a. (2005) concluderen we dat participatie van cliënten in de hulpverlening niet vanzelfsprekend is. Daarnaast concluderen we dat meer onderzoek naar vraaggericht werken in de (ambulante) jeugdzorg noodzakelijk is. In het onderzoek naar het programma Gezin Centraal is een poging gedaan om in deze lacune te voorzien.

Om dit te onderzoeken is de hulpverlening van Gezin Centraal binnen Cardea

Jeugdzorg met de hulpverlening van soortgelijke afdelingen vergeleken. Tevens is extern de aanpak afgezet tegen de hulpverlening van het Jeugdhulpteam in Delft van Stichting Jeugdformaat. De vraagstelling is opgedeeld in deelvragen die hierna worden beantwoord.

7.2.1 Bereikte doelgroep

Om de centrale vraag te beantwoorden is allereerst gekeken naar de cliënten die door het programma Gezin Centraal bereikt worden (deelvraag 1). Hun kenmerken moeten zich niet onderscheiden van wat men aantreft in de ‘gewone’ jeugdzorg. De groep cliënten die gebruik maakt van Gezin Centraal is op basis van demografische kenmerken representatief voor de cliënten die in Nederland een beroep doen op de geïndiceerde jeugdzorg. Daarnaast wijkt de groep vrijwel niet af van de cliënten in de interne en externe vergelijkingsgroep (tabel 7.1).

Tabel 7.1: Vergelijkbaarheid doelgroep

Kenmerken	experimenteel vs. intern	experimenteel vs. extern
demografische kenmerken		
seks	+	+
gezinssamenstelling ouder(s)	+	+
gezinssamenstelling broer(s), zus(sen)	+	+
beroepssituatie ouder(s)	+	+
beroepsniveau	+	+
jeugdbeschermingsmaatregel	+	+
hulpvraag		
aantal hulpvragen (dossier)	—	—
hulpvraaggebieden (dossier)	+	+
problematiek		
problematiek kind (gezinsbegeleider)	+	+
type problematiek (gezinsbegeleider)	—	—
ernst problematiek (gezinsbegeleider)	+	+
ingrijpende stressvolle gebeurtenissen (ouder)	+	—
functioneren van het kind (ouder)	+	+
functioneren van het kind (jeugdige)	+	—
opvoedingsstress (ouder)	+	+
omgaan met opvoedingsproblemen (ouder)	+	+
gezinsfunctioneren (gezinsbegeleider)	+	+
motivatie (ouder)	+	+
+ experimentele onderzoeksgroep is vergelijkbaar met vergelijkingsgroep; — experimentele onderzoeksgroep is niet vergelijkbaar met vergelijkingsgroep.		

De gezinnen die bij Gezin Centraal aangemeld worden, hebben minder hulpvragen dan de gezinnen in de interne onderzoeksgroep en de externe vergelijkingsgroep. Een mogelijke verklaring voor het verschil met de externe vergelijkingsgroep is een verschil in dossiervorming door de instelling of door het Bureau Jeugdzorg dat de cliënten aanmeldt. Een mogelijke verklaring voor het verschil met de interne vergelijkingsgroep is dat de gezinsbegeleiders de hulpvraag in de dossiers van Gezin Centraal beknopter formuleren.

De hulpvragen hebben voornamelijk betrekking op het gedrag van het kind en op de opvoeding. De cliënten van de externe vergelijkingsgroep hebben meer belastende gebeurtenissen meegemaakt in de periode voorafgaand aan de hulpverlening. De gezinsbegeleiders geven aan op dezelfde gebieden problemen in de gezinnen te signaleren als die waarop de hulpvragen betrekking hebben: het psychosociaal functioneren van het kind, en gezin en opvoeding. Door de gezinsbegeleiders van Gezin Centraal wordt in meer gevallen problematiek gesignaleerd met betrekking tot de lichamelijke gezondheid van kinderen. We concluderen dat wat betreft de aard van de problematiek, het programma Gezin Centraal de beoogde doelgroep bereikt. De doelgroep verschilt in beperkte mate van de doelgroepen die de interne en externe vergelijkingsgroep bereiken.

De ernst van de problematiek is naar het inzicht van de gezinsbegeleiders bij aanvang van de hulpverlening overwegend matig. In meer dan de helft van de gezinnen zou naar het beeld dat de gezinsbegeleiders van het gezinsfunctioneren hebben, een lichtere behandeling kunnen volstaan. Ook op basis van het functioneren van het kind en/of de opvoeding (opvoedingsstress) waar de cliënten verslag van doen, blijkt dat er niet in alle gevallen sprake is van ernstige problematiek. In een kwart van de gevallen wijkt het functioneren van het kind niet af van wat onder 'normaal functioneren' verstaan wordt. Voor een deel van de cliënten van het programma Gezin Centraal (14%) geldt dat de ervaren opvoedingsstress zeer laag tot gemiddeld is. Wat betreft de zwaarte van de problematiek van de cliënten bereikt de interventie gedeeltelijk de doelgroep. Hierin wijkt Gezin Centraal niet af van de interne en de externe vergelijkingsgroep.

Ook uit de pilotstudie waarin het proces en de uitkomsten van de hulpverlening in ogenschouw zijn genomen, komt naar voren dat bij een deel van de cliënten geen sprake is van (meetbare) gedragsproblemen en opvoedingsstress. Toch doorlopen deze cliënten een traject van gezinsbegeleiding dat 20 tot 44 weken in beslag neemt. Dit is opmerkelijk. De vraag is wat hier aan de hand is. Het zou kunnen dat zich op een ander terrein dan dat het instrumentarium meet, problemen voordoen. Het is ook mogelijk dat er bij de geraadpleegde informanten sprake is van onderrapportage en dat informanten die in het onderzoek buiten beeld zijn gebleven ernstiger problemen zien. Daarnaast is het aannemelijk dat er bij de toegang tot het programma onvoldoende selectie wordt toegepast (zie ook Geurts e.a., 2010).

Hermanns (2009) signaleert in dit verband dat problemen van ouders en kin-

deren (en vaak de kinderen zelf) momenteel te vroeg, te vaak en te ingrijpend 'geëxporteerd' worden naar speciale voorzieningen. Zorgzaamheid voor en goede bedoelingen met kwetsbare kinderen en gezinnen worden meer dan voorheen vertaald in het inschakelen van gespecialiseerde deskundigen (zoals orthopedagogen, psychologen en kinder- en jeugdpsychiaters, en hun medewerkers) (Hermanns, 2009). Het gegeven dat aan cliënten die niet tot de doelgroep van de geïndiceerde jeugdzorg behoort, wèl deze hulp wordt verleend, is wellicht het gevolg van de door Hermanns geschetste ontwikkeling. Het is ook in lijn met het beeld dat zorgen over het opvoedgedrag van ouders steeds sneller vertaald worden in een behoefte aan professionele hulp (Hermanns, 2009).

Aan de aanmelding van het kind gaat als het goed is een indicatiestelling vooraf. Indicatiestelling kan opgevat worden als het totale proces van diagnostiek en besluitvorming (Bartelink, Ten Berge & Van Yperen, 2010). Bartelink e.a. (2010) benadrukken het belang van het gestructureerd werken in de totstandkoming van de indicatiestelling. Gestructureerd werken omvat onder meer het verzamelen van informatie over de problemen in het gezin. Vermoedelijk is in de indicatiestelling bij de casussen waar bij aanvang geen sprake is van (meetbare) gedragsproblemen en opvoedingsstress, de besluitvorming onvoldoende gestructureerd tot stand gekomen (zie ook Konijn, Metselaar & Stoll, 2002; Stoll, Metselaar & Konijn, 2003; Metselaar e.a., 2004).

7.2.2 Ontvangen hulpverlening en hulpverleningsproces

Om een antwoord te krijgen op de vraag hoe het programma Gezin Centraal verlopen is, is naast de doelgroep tevens het verloop van het hulpverleningsproces onder de loep genomen (deelvraag 2 en 3). Dat hulpverleningsproces zou op basis van de theorie van Gezin Centraal specifieke kenmerken moeten hebben die onderscheidend zijn van de gebruikelijke hulp. Ten aanzien van aspecten van dat proces zijn verschillende verwachtingen geformuleerd. Deze blijken op basis van de verzamelde data gedeeltelijk uit te komen. Aan de hand van de kenmerken van vraaggerichte hulpverlening komt het proces van de hulpverlening achtereenvolgens aan bod (tabel 7.2). De kopjes *vraaggestuurd*, *empowerment*, *sturing bij cliënten*, *normaliseren van hulp*, *gezinsgericht aanbod* en *vraaggerichte methodiek* refereren daarbij aan de uitgangspunten van het programma Gezin Centraal (paragraaf 3.2).

Tabel 7.2: Overzicht verschillen onderzoeksgroepen in proceskenmerken en uitkomsten

Kenmerken methodiek	Operationalisatie	vergelijking	
		experimenteel vs. intern	experimenteel vs. extern
Vraag centraal			
Vraaggestuurd			
hulpvraag bepalend voor aanbod	aansluiting hulpvraag en aanbod	+	+
	doelen m.b.t. probleembeschrijving	—	— —
	gezinsbegeleiding		
	voortgangsgesprekken	++	—
	hulpvraag staat centraal (mening cliënt)	+	+
	hulpvraag staat centraal (mening gezinsbegeleider)	+	+
	bespreken hulpvraag van het gezin	—	—
	doelen stellen met cliënt(en) gedurende het traject	=	++
	evalueren en/of aanpassen van doelen & hulpproces	+	+
	werkpunten stellen met cliënt(en)	—	+
	evalueren en/of aanpassen van werkpunten	—	++
	daghulp		
	hulpvraag staat centraal (mening ouder)	+	
	hulpvraag staat centraal (mening pedagogisch medewerker)	—	
	doelen stellen	+	
	doelen evalueren en/of aanpassen	+	
	werkpunten stellen	+	
	werkpunten evalueren en/of aanpassen	++	
aanbod flexibel en op maat	modulegebruik	+	++
Participatie			
Empowerment			
samenwerkingspartners	bespreken perceptie cliënt(en) v. mogelijke oplossingen	—	—
	bespreken krachten in en om het gezin	—	—
	bespreken dagelijkse routine	—	—
doelen en middelen in samenspraak met de cliënt	gezinsbegeleiding		
	participerend (mening cliënt)	+	+
	participerend (mening gezinsbegeleider)	+	++
	daghulp		
	participerend (mening cliënt)	=	
	participerend (mening pedagogisch medewerker)	—	
gezamenlijk regie	gezinsbegeleiding		
	partnerschap (mening cliënt)	+	+
	partnerschap (mening gezinsbegeleider)	—	+
	daghulp		
	partnerschap (mening cliënt)	—	
	partnerschap (mening pedagogisch medewerker)	—	

++ significant verschil ten gunste experimentele onderzoeksgroep;
+ verschil (niet significant) ten gunste experimentele onderzoeksgroep;
= gelijk;
— verschil (niet significant) ten nadele experimentele onderzoeksgroep;
— — significant verschil ten nadele experimentele onderzoeksgroep.

Tabel 7.2: Overzicht verschillen onderzoeksgroepen in proceskenmerken en uitkomsten (vervolg)

Kenmerken methodiek	Operationalisatie	vergelijking	
		experimenteel vs. intern	experimenteel vs. extern
Gezinsgericht			
thuisituatie is uitgangspunt	gezinsbegeleiding		
	gezinsbegeleiding thuis (mening cliënt)	—	—
	gezinsbegeleiding thuis (mening gezinsbegeleider)	—	—
	daghulp		
	huisbezoek coach (mening cliënt)	—	
	huisbezoek coach (mening pedagogisch medewerker)	+	
hulp gericht op gezin, substelsysteem, en/of gezinlid	gezinsbegeleiding		
	gezin betrokken (mening cliënt)	—	—
	gezin betrokken (mening gezinsbegeleider)	—	—
	gezin betrokken (verrichtingen gezinsbegeleider)	—	—
	daghulp		
	gezin betrokken (mening cliënt)	+	
	gezin betrokken (mening pedagogisch medewerker)	+	
	gezin betrokken (verrichtingen pedagogisch medewerker)	++	
einddoelen altijd betrekking op het	doelen m.b.t. het gezin	+	+
	verschuiving doelen aanvang naar doelen afronding gezin	—	—
Houding hulpverlener			
Vraaggericht			
in attitude en hulpverlenend handelen	gezinsbegeleiding		
	onderhouden van een werkrelatie	+	++
	complimenterende feedback	=	—
	daghulp		
	klimaat hulpverlening	++	
	complimenterende feedback	+	
nauwe samenwerking gezinsbegeleiders en pedagogisch medewerkers	daghulp		
	afstemming (mening cliënt)	=	
	afstemming (mening gezinsbegeleider)	+	
	afstemming (mening pedagogisch medewerker)	+	
Uitkomsten			
probleemreductie	functioneren van het kind	+	+
	opvoedingsstress	+	+
doelrealisatie		+	+
tevredenheid proces		+	=
tevredenheid resultaat		+	+
ervaren effectiviteit		+	+

++ significant verschil ten gunste experimentele onderzoeksgroep;
 + verschil (niet significant) ten gunste experimentele onderzoeksgroep;
 = gelijk;
 — verschil (niet significant) ten nadele experimentele onderzoeksgroep;
 — — significant verschil ten nadele experimentele onderzoeksgroep.

Vraag centraal

Of de vraag centraal heeft gestaan is ondermeer bepaald door de overeenkomst in de doelen bij afronding en de einddoelen zoals bij aanvang van de hulpverlening verwoord. Hiervan is in dezelfde mate sprake bij Gezin Centraal als in de vergelijkingsgroepen. Daarnaast vormen *voortgangsgesprekken* gedurende het hulpverleningstraject een belangrijk middel om de vraag centraal te stellen en na te gaan of de hulpverlening nog op koers ligt. Hiernaar gaat in de ambulante hulp aan het gezin van het programma Gezin Centraal meer aandacht uit dan in de hulpverlening van de interne vergelijkingsgroep.

Eén van de belangrijke ‘tools’ die de gezinsbegeleiders tot hun beschikking hebben om de vraag van de cliënt in de hulpverlening centraal te stellen, is het *stellen van doelen*. Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat de experimentele onderzoeksgroep in vergelijking tot de beide vergelijkingsgroepen dit middel niet significant vaker toepast. Echter, de experimentele onderzoeksgroep past het *stellen van doelen* in vergelijking tot de externe vergelijkingsgroep, wel meer op het juiste moment in het hulpverleningstraject toe, namelijk bij aanvang van de hulpverlening. Dit is in overeenstemming met de methodiek. Bij de vier andere verrichtingen die betrekking hebben op het centraal stellen van de vraag (*bespreken hulpvraag, evalueren en/of aanpassen van doelen & hulpproces, werkpunten stellen met cliënten en evalueren en/of aanpassen van werkpunten*), komt dit patroon niet nadrukkelijk naar voren.

In de daghulp wordt door de pedagogisch medewerkers relatief weinig aandacht besteed aan het *doelen stellen, evalueren en/of aanpassen van doelen* en het *werkpunten stellen*. Aan het *evalueren en/of aanpassen van werkpunten* wordt wel behoorlijk wat tijd besteed. De pedagogisch medewerkers van Gezin Centraal besteden hier significant meer aandacht aan in vergelijking met de interne vergelijkingsgroep. Van de verrichtingen die gerelateerd zijn aan het centraal stellen van de vraag komt alleen het *evalueren en/of aanpassen van werkpunten* in de daghulp goed uit de verf. Men kiest er kennelijk voor om de doelen en werkpunten voor de daghulp in samenhang met de gezinsbegeleiding door de cliënt en de gezinsbegeleider te laten stellen. In de daghulp neemt van de vier hulpverleningsactiviteiten waarin de *vraag centraal* gesteld wordt alleen het *evalueren en/of aanpassen van werkpunten* een belangrijke rol in.

Cliënten en gezinsbegeleiders zijn positief over het hulpverleningsproces. Ook is hun ervaring dat gedurende de hulpverlening *de vraag centraal* gestaan heeft. De cliënten en de gezinsbegeleiders van Gezin Centraal scoren hierin iets hoger (niet significant) dan de cliënten en gezinsbegeleiders van de beide vergelijkingsgroepen.

Niet alle mogelijkheden om de vraag van de cliënt gedurende de hulpverlening centraal te stellen worden in het programma Gezin Centraal ten volle benut. De

gezinsbegeleiders van Gezin Centraal zouden op basis van de vraaggerichte methodiek in het *bespreken van de hulpvraag*, het *evalueren en/of aanpassen van doelen & hulpproces*, het *werkpunten stellen met cliënten* en het *evalueren en/of aanpassen van werkpunten* meer onderscheidend te werk kunnen gaan. De uitkomsten van het onderhavige onderzoek met betrekking tot het *doelen stellen met cliënten* en de indicatieve uitkomsten van de pilotstudie leren dat het niet per definitie hoeft te gaan om het méér toepassen van de vraaggerichte verrichtingen. Het onderscheid kan gemaakt worden door op het juiste moment de verrichtingen toe te passen.

Uit de studie van Simeonsson (1991) is duidelijk geworden dat aandacht voor doelen voor de hulpverlening leidt tot betere hulpverleningsresultaten. De goal attainment scaling (GAS) methode die in deze studie voorgesteld wordt als een geschikte wijze om doelrealisatie te meten, wordt in de praktijk van Gezin Centraal ter harte genomen. Aangezien nog niet in alle gevallen een GAS-score opgenomen bleek te zijn in het eindverslag van het hulpverleningstraject, is het raadzaam om de doelrealisatie consequent in alle hulpverleningstrajecten met behulp van de GAS-methode te inventariseren. Met de landelijk ingevoerde prestatie-indicatoren wordt hierin inmiddels voorzien (Geurts & Van Yperen, 2010). Onderdeel van het gaan werken met prestatie-indicatoren is de afspraak om in alle vormen van jeugdzorg doelrealisatie in beeld te krijgen. In het onderhavige onderzoek is het zeer informatief gebleken om naast de mate van doelrealisatie te kijken naar de gebieden waar doelen betrekking op hebben. Dit is met behulp van de Doelenboom (Hofman, 2006; Reith, Hofman, Stams, & Van Yperen, 2008) uitgewerkt. Door het coderen van de doelen met behulp van de Doelenboom is het gelukt om inzichtelijk te maken of Gezin Centraal zich conform de methodiek specifiek meer op gezinsdoelen richt. Dit bleek niet het geval te zijn.

Het benoemen van de doelgebieden waar doelen betrekking op hebben in combinatie met doelrealisatie, kan interessante informatie opleveren. Niet alleen de mate van doelrealisatie wordt zichtbaar, maar ook de doelgebieden waarop het beste wordt 'gepresteerd'. Onderhavige studie heeft uitgewezen dat het niet noodzakelijk is om met standaarddoelen te werken om deze informatie boven tafel te krijgen. De doelen kunnen door de cliënt en de hulpverlener op basis van de individuele situatie van kind en gezin geformuleerd worden en vervolgens aan de hand van de Doelenboom gecodeerd worden. Bij Stichting Jeugdformaat is hiermee inmiddels ervaring opgedaan (zie bijv. Bercz, 2009).

Participatie cliënt

Het bevorderen van de participatie van de cliënt komt in het hulpverlenend handelen van de gezinsbegeleiders tot uitdrukking in het *bespreken van de perceptie van de cliënt van mogelijke oplossingen* en in het *bespreken van krachten in en om het gezin*. Hier besteden de gezinsbegeleiders van Gezin Centraal niet significant meer aandacht aan dan de gezinsbegeleiders uit de beide vergelijkingsgroepen.

Het initiatief voor het contact tussen de pedagogisch medewerkers en de cliënt wordt in de daghulp van Gezin Centraal vaker dan in de interne vergelijkingsgroep door ouders genomen. Het *bespreken van de dagelijkse routine* is de belangrijkste verrichting waarmee de participatie van de cliënt vergroot wordt. De pedagogisch medewerkers van Gezin Centraal besteden hier significant meer aandacht aan dan de pedagogisch medewerkers van de interne vergelijkingsgroep.

In het programma Gezin Centraal wordt de participatie van de cliënt met name in de daghulp trouw aan de methodiek vorm gegeven. Er wordt in de gezinsbegeleiding van Gezin Centraal ook aandacht besteed aan de participatie van de cliënt, maar deze komt niet beter uit de verf dan in vergelijkbare hulpverlening in de eigen organisatie en daarbuiten. Dit beeld wordt bevestigd als cliënten gevraagd wordt naar hun ervaringen.

Er wordt ondanks de gezinsgerichte benadering in de gezinsbegeleiding als onderdeel van Gezin Centraal, niet significant aan een groter aandeel *gezinsdoelen* gewerkt. Daarnaast blijkt uit de verslaglegging van de gezinsbegeleiders dat er niet vaker contacten geweest zijn met het hele gezin in vergelijking met de gezinsbegeleiding in de beide vergelijkingsgroepen. In de daghulp die door de pedagogisch medewerkers geboden wordt, blijkt dat er wél meer contacten met het gezin zijn in het programma Gezin Centraal. In de daghulp komt de gezinsgerichte benadering van Gezin Centraal als belangrijke component van het programma goed uit de verf.

De cliënten van Gezin Centraal zijn door de gezinsbegeleider in hoge mate in de gelegenheid tot participatie gesteld. Echter, de cliënten in de beide vergelijkingsgroepen hebben hierin soortgelijke ervaringen opgedaan. In termen van de participatieladder (Thoburn e.a., 1995) zoals weergegeven in figuur 2.3, scoren cliënten ten aanzien van de gezinsbegeleiding die zij hebben ontvangen tot en met het niveau *partnerschap* hoog. Cliënten geven aan in mindere mate in de gelegenheid geweest te zijn tot het *sterk of geheel bepalen van de hulpverlening*. Naar de ervaringen van cliënten is het in Gezin Centraal gelukt om een *gezinsgericht* programma te bieden, maar hebben cliënten het programma niet als *gezinsgecentreerde* hulpverlening (Dunst e.a., 1991) ervaren. De gezinsbegeleiders doen verslag van het bewerkstelligen van participatie van de cliënt tot op het hoogste niveau van de participatieladder. Hierin verschillen de gezinsbegeleiders van Gezin Centraal significant van de externe vergelijkingsgroep.

De gezinsbegeleiders van Gezin Centraal hebben in de gezinsbegeleiding naar eigen zeggen tot op het hoogste niveau van de participatieladder invulling gegeven aan het bevorderen van de participatie van de cliënt. Het is verrassend om te zien dat de cliënten dat niet als zodanig hebben ervaren. Hieruit wordt afgeleid dat de gezinsbegeleiders zich de methodiek eigen gemaakt hebben. Ze hebben de intentie om aan het programma Gezin Centraal volgens de uitgangspunten van *gezinsgecentreerde* hulpverlening invulling te geven. De ervaringen van de cliënten doen echter vermoeden dat de uitvoering in de praktijk nog verbetering behoeft om daadwerkelijk te komen tot de beoogde *gezinsgecentreerde* hulpverlening. Gezinsbegeleiders zouden in de samenwerking de cliënten nog meer als een partner in de (besluitvorming van de) hulpverlening (Thoburn e.a., 1995) kunnen beschouwen en hen nog meer bepalend kunnen laten zijn. Daarmee zouden ze meer tegemoet komen aan uitvoering van de speerpunten die in de methodiek van Gezin Centraal worden beoogd. Daarnaast wordt het belang van participatie in de literatuur benadrukt omdat participatie een positieve invloed heeft op het resultaat van de hulpverlening (zie hoofdstuk 2).

Vraaggerichte houding hulpverlener

De verrichtingen die behoren tot het *onderhouden van de werkrelatie* staan de gezinsbegeleiders onder andere ter beschikking om invulling te geven aan een vraaggerichte houding. De gezinsbegeleiders van Gezin Centraal maken hier significant meer gebruik van dan de gezinsbegeleiders in de externe vergelijkingsgroep. Ook de pedagogisch medewerkers van de daghulp geven hun vraaggerichte houding prominenter vorm door meer te investeren in het *klimaat* van de samenwerking. Ook naar het *geven van complimenterende feedback* gaat in de gezinsbegeleiding en in de daghulp veel aandacht uit, maar niet significant meer dan in de vergelijkingsgroepen.

De *vraaggerichte houding* van de gezinsbegeleider wordt door de cliënten van Gezin Centraal positief beoordeeld. Hierin verschilt de methodiek echter niet significant van de beide vergelijkingsgroepen. De gezinsbegeleiders van Gezin Centraal doen verslag van een hogere mate van *vraaggerichte houding* dan de gezinsbegeleiders van de beide vergelijkingsgroepen. Hierin komt tot uitdrukking dat zij het vraaggericht werken bewust uitdragen.

In het proces van de hulpverlening die in het programma Gezin Centraal geboden is, komt de vraaggerichte houding van de hulpverlening vrij goed uit de verf, maar nog niet ten volle: niet alle elementen in de hulpverlening die de vraaggerichte houding ondersteunen worden even goed benut, bijvoorbeeld het *geven van complimenterende feedback*. De gezinsbegeleiders hebben zich de methodiek eigen

gemaakt, maar naar de mening van de cliënt is hun houding niet vraaggerichter dan de houding van de gezinsbegeleiders van de hulpverlening waarmee Gezin Centraal vergeleken is.

De bevindingen naar aanleiding van het onderzoek naar Gezin Centraal zijn minder onderscheidend dan verwacht: in figuur 7.2 zijn significante verschillen met één of beide vergelijkingsgroepen ten gunste van Gezin Centraal in de minderheid (dit is 13 keer het geval). Het tegenovergestelde, significante verschillen met de vergelijkingsgroepen ten nadele van Gezin Centraal doen zich echter zeer weinig voor (dit is twee keer het geval). Dit roept twee vragen op. Enerzijds de vraag of Gezin Centraal onvoldoende toegepast is, waardoor het programma zich niet onderscheidt van de beide vergelijkingsgroepen. Anderzijds de vraag of er een ontwikkeling gaande is geweest waarin de elementen van de vraaggerichte en gezinsgerichte methodiek in de loop van de tijd steeds breder ingezet zijn met als gevolg dat dit het onderscheidende van Gezin Centraal mogelijk heeft getemperd. Vanwege het feit dat alle nieuwe medewerkers van Cardea Jeugdzorg getraind worden in vraaggericht en gezinsgericht hulpverlening, is het zeer goed mogelijk dat hiervan sprake geweest is met betrekking tot de interne vergelijkingsgroep. Ook in breder verband lijkt er voor vraaggericht en gezinsgericht werken in de jeugdzorg vanaf de aanvang van het onderzoek een groot draagvlak aanwezig te zijn (zie bijv. Van der Steege, 2003) waardoor ook de vergelijking met de externe vergelijkingsgroep minder sterke verschillen aan het licht kan hebben gebracht dan we op voorhand verwachtten.

Daarnaast blijkt vraaggericht werken en de houding van de hulpverlener als onderdeel daarvan in hoge mate verwantschap te vertonen met algemeen werkzame factoren van psychosociale hulpverlening in brede zin (Van der Steege, 2003). Gezin Centraal focust op werkzame elementen van hulpverlening waarvan we weten dat deze elementen in elke vorm van hulpverlening, ongeacht de specifieke behandelmethoden, aanwezig zouden moeten zijn. Ook om deze reden is de kans aanwezig dat Gezin Centraal in deze aspecten minder onderscheidend blijkt dan we aannemen.

7.2.3 Indicaties voor effectiviteit

Het tweede deel van de centrale vraagstelling heeft betrekking op het verkrijgen van indicaties voor effectiviteit van de hulpverlening op basis van een pilotstudie (deelvraag 4, 5 en 6).

Inzichtelijk is geworden dat de cliënten die deelgenomen hebben aan het programma Gezin Centraal op onderdelen een grotere verandering doormaken dan de cliënten in de vergelijkingsgroepen. Zowel in het gedrag van het kind (ES 1,16)

(intern en extern vergeleken) als in de opvoedingsstress (ES 0,61) (intern vergeleken) wordt grotere vooruitgang geboekt. De tevredenheid van de cliënten van Gezin Centraal met het resultaat van de hulpverlening is eveneens hoog. Er is tevens sprake van een goede afstemming van de hulpverlening op de doelen die centraal staan en we zien een hoge mate van doelrealisatie. Er is echter onvoldoende basis om deze indicaties voor effectiviteit toe te schrijven aan de methodiek Gezin Centraal. Hoewel de casussen die deel uitmaken van de pilotstudie representatief lijken voor de grotere groep cliënten waar ze onderdeel van zijn, betreft het een studie van zeer beperkte omvang. De mate waarin het probleemoplossend vermogen van de cliënt is vergroot, blijft in de pilotstudie onbelicht.

De pilotstudie genereert aanwijzingen voor de hypothese dat bepaald hulpverlenend handelen, namelijk het *werken aan gedragsveranderingen* verband houdt met het resultaat van de hulpverlening. De indruk bestaat dat het uit het oog verliezen van dit aspect van de hulpverlening en het teveel aandacht uit laten gaan naar het *onderhouden van een werkrelatie* en het *verzamelen van informatie* tot tegenvallende resultaten van de hulpverlening kunnen leiden.

In de literatuur wordt een te zwaar accent op relationele hulpverleningsactiviteiten ontraden (Dunst e.a., 2002). Dunst e.a. betogen dat participatiebevorderende activiteiten belangrijker zijn. Hieronder worden verstaan: oplossingsgericht werken, cliënten kennis en vaardigheden laten verwerven om hun levensomstandigheden te verbeteren, actieve besluitvorming en participatie in het plannen van activiteiten om de gewenste uitkomsten van de hulpverlening te bereiken. Competenties om invulling te geven aan een vraaggerichte houding betreffen niet alleen communicatieve vaardigheden, maar ook zelfreflectie en het vermogen om een hulpverleningstraject te structureren en het tot een transparant proces te maken (Van Burik e.a., 2001).

Gezinsbegeleiders hebben de neiging om aan aspecten als het *onderhouden van een werkrelatie* en het *verzamelen van informatie* overmatig veel aandacht te besteden. Dat wordt wellicht gevoed doordat bij aanvang van de hulpverlening onvoldoende helder is wat de aard en de zwaarte van de problematiek is. Dit benadrukt het belang van het goed in kaart brengen van de aanvangssituatie van cliënten die een beroep doen op de jeugdzorg alvorens de hulpverlening in gang te zetten.

Er blijkt sprake van hoge tevredenheidsscores. Hiervan is ook sprake in de gevallen dat de uitkomsten van de hulpverlening tegenvallen en in de gevallen waarin geen sprake is van (meetbare) gedragsproblemen en opvoedingsstress. De indruk is dat met name het verschil in tevredenheidsscores op het uiteinde van de satisfactieschaal van betekenis is (Kendall, 1994; Kendall e.a., 1997; Shirk & Karver, 2003; Smith-Acuna, Durlak, & Kaspar, 1991). De pilotstudie maakt zichtbaar dat het de moeite waard is om onderscheid te maken in tevredenheid met het proces en tevredenheid met het resultaat.

7.3 Reflecties op het onderzoek

Reflectie op de methode

De analyses van uitkomsten van de programma-evaluatie van Gezin Centraal kennen veel beperkingen door de beperkte respons. Van het gebruikte instrumentarium is de Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH) en de Verrichtingenlijst nog niet voldoende gevalideerd. De UCL is gericht op het meten van coping-gedrag. Dit blijkt redelijk stabiele eigenschappen te betreffen (Schreurs e.a., 1993). Om deze reden is het instrument bij nader inzien minder geschikt gebleken voor het meten van verandering in het omgaan met problemen over relatief korte tijd.

Het onderzoek heeft zich op de effectladder van Van Yperen en Veerman (2008) voor een deel afgespeeld op het derde niveau. Dit niveau wordt aangeduid als 'doel-treffend'. Hierbij gaat het om het aantonen van de gewenste verandering. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek is het echter gepast om te spreken van een 'pas op de plaats' op het eerste en tweede niveau. Op deze niveaus gaat het om het beschrijven en specificeren van een interventie en het theoretisch onderbouwen van de werkzaamheid van het zorgaanbod. Het programma kan dan als 'veelbelovend' of 'in theorie effectief' aangeduid worden.

Veerman en Van Yperen (2008) plaatsen het verzamelen van empirische gegevens ter beantwoording van vragen als 'Wordt de interventie uitgevoerd zoals bedoeld?' en 'Wordt de beoogde doelgroep bereikt en worden de gewenste uitkomsten behaald?' op het derde niveau van de effectladder. Zoals in de inleiding reeds aangegeven is in het positioneren van de onderdelen van onderhavig onderzoek hiervan afgeweken. Het toetsend verkennen van de doelgroep en het onderzoeken van de mate waarin de interventie onderscheidend is, zien we als basisvoorwaarden voor onderzoek hoger op de effectladder (niveau 3). Programma-evaluatie die zich op deze aspecten of vraagstukken richt, plaatsen we daarom lager op de ladder.

Het onderzoek bevestigt het belang van het nagaan of de beoogde doelgroep bereikt wordt. Daarnaast bevestigt het onderzoek het belang van het nagaan of de werkwijze uitgevoerd wordt zoals beschreven en of de interventie daarin onderscheidend is van gebruikelijke hulpverlening. In de inleiding werden deze aspecten benadrukt vanuit de idee dat deze stappen noodzakelijk zijn om de betekenis van uitkomsten te duiden.

Bij aanvang van het onderzoek was het niet de opzet om te komen tot een pilotstudie van indicatieve aard maar om een veeleisender effectstudie (in omvang en design) uit te voeren. De ervaring in het onderhavige onderzoek leert dat het uitvoeren van een pilotstudie noodzakelijk is als blijkt dat de doelgroep gedeeltelijk bereikt wordt en de interventie beperkt onderscheidend blijkt te zijn. Immers, zou een grootschaliger en veeleisender studie zijn opgezet, dan zouden de uitkomsten gezien de doelgroep en de uitvoering van de interventie niet zoveel waarde hebben.

Het ontbreken van casusmateriaal in de vorm van bijvoorbeeld klinische observaties vormt een beperking in onderhavige pilotstudie. Dergelijke observaties zouden mogelijk verduidelijking kunnen verschaffen en de argumentaties in de pilotstudie mogelijk kunnen ondersteunen.

In het onderzoek naar Gezin Centraal is een poging ondernomen een vernieuwende bijdrage te leveren aan onderzoek naar interventies in de jeugdzorg. De analyses van de toepassing van verrichtingen door gezinsbegeleiders met behulp van 'error bars' en een lineair regressie model waarin het verloop over de tijd is gemodelleerd, zijn hier een voorbeeld van. Daarnaast is in de pilotstudie 'propensity score matching' toegepast om zo veelzeggend mogelijk over een kleine groep casussen uitspraken te kunnen doen.

Programma-evaluatie Gezin Centraal

De programma-evaluatie van Gezin Centraal is opgezet als een wetenschappelijk onderzoek in de dagelijkse praktijk van de geïndiceerde jeugdzorg (Veerman & Van Yperen, 2008).

Voor het uitvoeren hiervan is het van belang dat het onderzoek ingebed wordt in het dagelijks hulpverlenend handelen en dat de verzamelde gegevens benut worden in het primaire proces en het beleid. Voorts is het van belang dat het onderzoek en het gekozen instrumentarium aansluiten bij de interventie die onderzocht wordt (Roosma e.a., 2008). In onderstaande tabel wordt op dit punt de balans opgemaakt van de kwaliteiten en beperkingen van het onderzoek naar Gezin Centraal.

Inbedding

Uit tabel 7.3 is op te maken dat in een aantal aspecten die tot kwaliteiten van praktijkgestuurd onderzoek gerekend worden, in het onderzoek naar Gezin Centraal is voorzien. Er zijn echter ook beperkingen (zie ook Metselaar, Knorth, & Van den Bergh, 2008). De toeleiding van cliënten naar het onderzoek is niet naar wens verlopen. Een groot aantal cliënten is niet door het onderzoek bereikt omdat te laat duidelijk werd bij de onderzoekers dat aan hen hulp verleend werd. In het geval van de externe vergelijkingsgroep verbeterde deze situatie, toen ter plaatse bij het jeugdhulpteam in Delft één dag in de week een onderzoekssecretariaat werd ingericht. Het is niet mogelijk gebleken dit voor alle onderzoekslocaties te realiseren.

Afgezien van schriftelijke en mondelinge uitleg over en instructie voor het gebruik van de onderzoeksinstrumenten, heeft er geen scholing en bijscholing plaatsgevonden van betrokken professionals. Een uitgebreider scholingsprogramma zou de inbedding van de onderzoeksactiviteiten in het hulpverlenend handelen en de respons bevorderd kunnen hebben.

Tabel 7.3: Kwaliteit en beperkingen in opzet en uitvoering van het VraaG-onderzoek

Aspect	Kwaliteit	Beperking
Inbedding in hulpverlenend handelen (dataverzameling en randvoorwaarden)	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een goede methodiek beschrijving van Gezin Centraal. • Er is een handboek van het onderzoek voor de betrokken professionals beschikbaar. • Er is een protocol voor de dataverzameling opgesteld. • Er is gebruik gemaakt van gestandaardiseerde en zoveel mogelijk betrouwbare en valide meetinstrumenten. • In de opzet van het onderzoek zijn een voor-, na- en follow-up meting opgenomen. • Er is gebruik gemaakt van goede software (BergOp) om onderzoeksgegevens te verwerken. • De onderzoeker fungeerde als (pro)actieve procesbewaker. • Er was (pro)actieve belangstelling vanuit directie en management. 	<ul style="list-style-type: none"> • De toeleiding van cliënten naar het onderzoek verliep niet adequaat. • De respons van cliënten, gezinsbegeleiders en pedagogisch medewerkers was beperkt (minder dan 80% op één meetmoment; minder dan 70% op twee meetmomenten). • Werkers waren niet allemaal gemotiveerd om meetinstrumenten in te (laten) vullen. • De beoogde bezetting van het onderzoekssecretariaat is beperkt gerealiseerd. • Er is geen programma voor scholing en bijscholing ten aanzien van het gebruik van onderzoeksinstrumenten en uitkomsten toegepast. • Financiering van de onderzoeksactiviteiten is structureel verankerd geweest in het instellingsbudget (er was voorzien in de financiering van de onderzoeker, maar niet in de onderzoeksactiviteiten van professionals).
Benutting van onderzoeksgegevens	<ul style="list-style-type: none"> • Voor het bespreken van de onderzoeksgegevens in het primaire proces (bijvoorbeeld in de begeleiding van gezinsbegeleiders door gedragswetenschappers) is in de keuze van het instrumentarium de basis gelegd. • De uitkomsten zijn benut voor wetenschappelijk onderzoek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Van de mogelijkheid van terugkoppeling van uitkomsten op de ingevulde vragenlijsten is beperkt gebruik gemaakt. Individuele uitkomsten werden incidenteel besproken met cliënten. • Individuele uitkomsten speelden geen rol bij diagnostiek en behandelplanning. • Het bespreken van uitkomsten kwam in teambesprekingen weinig aan de orde en zette zodoende onvoldoende aan tot reflectie en verbeteracties ten aanzien van het methodisch handelen. • Het proactief vertalen van onderzoeksuitkomsten in verbeteracties voor de modules is niet op gang gekomen.
Aansluiting bij interventie	<ul style="list-style-type: none"> • Bij de keuze van het design en de voortgang van het onderzoek is overlegd met de sectormanagers, teamleiders en kwaliteitsmedewerkers over de haalbaarheid en (het bijsturen van) de uitvoering. • Bij de keuze van het instrumentarium is voortgebouwd op datgene waar de instelling vertrouwd mee was en is aangesloten bij de kernelementen van de methodiek. 	

Benutting

De onderzoeksgegevens zijn gedurende het onderzoek beperkt benut in het primair proces. De uitkomsten van de ingevulde vragenlijsten en de vergelijking tussen de situatie bij afronding met die bij aanvang werden teruggekoppeld aan gezinsbegeleiders. De indruk is dat vanwege de beperkte scholing en bijscholing weinig uitkomsten individueel met de cliënten besproken zijn.

De beperkte respons maakte het niet goed mogelijk om in teambesprekingen de uitkomsten aan bod te laten komen. Er heeft weinig reflectie plaats gevonden en er zijn weinig verbeteracties van het methodisch handelen tot stand gekomen.

De vragenlijsten, bijvoorbeeld die met betrekking tot het functioneren van het kind (CBCL) en de opvoedingsstress (NOSI), speelden geen rol bij de diagnostiek bij aanvang van de hulpverlening en bij de behandelplanning. Op basis van de bevindingen in hoofdstuk 4 en de pilotstudie in hoofdstuk 6 kunnen we concluderen dat de uitkomsten op deze instrumenten een belangrijke rol hadden kunnen spelen in de toeleiding van de cliënten naar de juiste hulpverlening. Door het onbenut laten van deze informatie voor het primair proces is een kans misgelopen om cliënten zonder intensieve behandel noodzaak in de gelegenheid te stellen meer passende hulpverlening te verkrijgen (bijvoorbeeld in het zogenaamde voorliggende veld). Tevens is de kans gemist om de probleemgebieden van die cliënten die wel tot de doelgroep behoren goed in beeld te brengen en daar de hulpverlening optimaal op aan te laten sluiten.

Aansluiting bij interventie

Met behulp van de verrichtingenlijsten voor gezinsbegeleiding en daghulp en verblijf is informatie verzameld over de inhoud en het proces van de hulpverlening. Een behoorlijk aantal gezinsbegeleiders heeft zich laten overtuigen van het nut van het gebruik van de verrichtingenlijst. De indruk is dat in het bijzonder dit instrument zich goed laat inbedden in het werkproces van de hulpverlening (zie ook Metselaar e.a., 2010). Als de gewoonte groeit om de verrichtingen bij te houden op de bij de gezinnen behorende verrichtingenkaarten, blijken er weinig gegevens te ontbreken. In de begeleiding van de gezinsbegeleiders werd sporadisch gebruik gemaakt van de verrichtingenlijst en de verrichtingenkaart als instrument om als professionals onderling een beeld te krijgen van de inhoud van de gezinsbegeleiding van gezinnen.

Het instrument leent zich voor gedetailleerde gegevensverzameling die bepaalde aspecten van de hulpverlening scherper in beeld kan brengen. De vergelijking in het onderhavige onderzoek van de *indruk* van de gezinsbegeleiders wie er betrokken waren bij de hulpverlening met de gedetailleerde verslaglegging van de *feitelijke* gesprekspartners in de hulpverleningscontacten, is hier een voorbeeld van.

Uit ons onderzoek blijkt dat het hulpverlenend handelen van gezinsbegeleiders wezenlijk anders verdeeld is over de categorieën van verrichtingen dan bijvoorbeeld in het programma ‘Families First’ (De Kemp, Veerman, & Ten Brink, 2001). In Families First is sprake van 51% basistechnieken zoals actief luisteren, positieve feedback, ondersteunende ik-boodschappen; in de gezinsbegeleiding in onderhavig onderzoek betreft dit 13 tot 21%. Families First is een kortdurende crisisinterventie. De verrichtingenlijsten hebben betrekking op verschillende soorten hulpverlening. Ondanks dit gegeven, merken we op dat het instrument zich goed leent om onderscheidend de inhoud van de verleende hulp aan het licht te brengen.

Het onderzoek naar Families First laat zien dat het zinvol is om op de methodiek gebaseerde normen te stellen voor de (mate van) toepassing van bepaalde verrichtingen op zekere momenten in het hulpverleningstraject (Ten Brink, Veerman, De Kemp, & Berger, 2004). In onderhavig onderzoek ontbraken deze concrete normen, maar zijn wel verwachtingen daaromtrent in de toepassing van verrichtingen getoetst.

Eén van de bevindingen naar aanleiding van het literatuuroverzicht is het gegeven dat naar vraaggericht werken voornamelijk in (semi)residentiële context onderzoek gedaan is. Het onderzoek naar Gezin Centraal maakt zichtbaar dat het, met behulp van instrumenten die goed aansluiten bij de hulpverleningspraktijk (zoals de verrichtingenlijsten), goed mogelijk is om ook bij ambulante hulp het vraaggericht werken te onderzoeken.

7.4 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de bevindingen ten aanzien van de doelgroep, het proces en de uitkomsten van het programma Gezin Centraal komen tot slot enkele aanbevelingen aan bod. Allereerst bespreken we aanbevelingen ten behoeve van de verdere ontwikkeling van Gezin Centraal. Vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Gezin Centraal

- Het onderzoek naar Gezin Centraal heeft aan het licht gebracht dat de beoogde doelgroep van Gezin Centraal slechts gedeeltelijk bereikt wordt. Er stromen relatief veel gezinnen in waarbij geen sprake is van (meetbare) gedragsproblemen en opvoedingsstress. Een betere analyse van de klachten en selectie van de doelgroep voor het programma wordt raadzaam geacht. Als hierin (onder andere) voorzien wordt met behulp van

gestandaardiseerde, betrouwbare en valide instrumenten wordt optimaal de basis gelegd voor het inbedden van onderzoek in de praktijk (zie ook Benneker, Metselaar & Mellema, 2010).

- Het vraaggericht werken naar de mening van de cliënt ‘blijft steken’ in het midden van de participatieladder. Het vormt een aanbeveling om gezinsgecentreerde hulpverlening overeenkomstig de definitie van Dunst e.a. (1991) in de methodiek explicieter te operationaliseren. Het gaat er daarbij in het bijzonder om cliënten in de gelegenheid te stellen om de regie te voeren en *zelf de hulpverlening sterk of geheel te bepalen*. Op basis van een dergelijke operationalisatie kunnen normen gesteld worden die bijvoorbeeld in de verslaglegging met behulp van de verrichtingenlijst getoetst kunnen worden.
- De gezinsbegeleiders lijken zich terdege bewust te zijn van de methodiek Gezin Centraal, maar de cliënt ervaart het vraaggericht werken nog niet in alle gevallen als zodanig. Het is gezinsbegeleiders aan te raden hierover met de cliënt meer te communiceren en ook dit aspect van de hulpverlening transparant op de cliënt over te brengen.
- De coaches van de daghulp bereiken op een aantal aspecten tastbare resultaten waaruit blijkt dat het vraaggericht werken goed doorgedrongen is in dagelijkse hulpverlening. Zij evalueren vaker en/of passen werkpunten vaker aan. Daarnaast is de betrokkenheid van ouders op basis van het initiatief dat ouders nemen, aantoonbaar. De coaches lijken zich in het beoordelen van hun eigen vraaggericht werken echter in mindere mate bewust van deze kwaliteiten. Ook het gezinsgericht werken komt in de daghulp goed uit de verf. Het wordt aanbevolen om de coaches in de daghulp er, bijvoorbeeld met de uitkomsten van de verslaglegging op basis van de verrichtingenlijst, zich nog meer bewust van te laten worden wat de kracht van hun werkzaamheden is.
- Naar het gezinsgericht werken in de gezinsbegeleiding moet meer aandacht uitgaan. Uit de bevindingen komt het beeld naar voren dat gezinsbegeleiders in de veronderstelling verkeren gezinsgericht te werk te gaan, terwijl er in mindere mate hulpverleningscontacten met het hele gezin plaatsvinden. Vanuit de methodiek kunnen de gezinsbegeleiders wellicht nog beter toegerust worden om de begeleidingsgesprekken met het hele gezin te voeren.
- Het programma Gezin Centraal betreft een niet-geprotocolleerd hulpverleningsprogramma. In de context van *evidence-based practice* is het al dan niet protocolleren van interventies onderwerp van discussie (Gambrill, 2006). Addis, Cardemil, Duncan en Miller (2006) bediscussiëren de voor- en nadelen van geprotocolleerde hulpverlening. Geconcludeerd wordt dat de beste uitkomsten door de behandelaar niet worden gere-

aliseerd door rigide stap voor stap de interventie uit te voeren zoals in de handleiding beschreven staat. Een protocol kan als gids dienen voor behandelaars om het trouw uitvoeren van de werkzame bestanddelen van de interventie te monitoren. De interne validiteit en de behandelintegriteit kunnen er mee bewaakt worden. Een uitgewerkte handleiding vervangt echter niet de vaardigheden van de behandelaar, zijn creativiteit en klinisch oordeel. Addis e.a. (2006) pleiten voor protocollen en handleidingen waarin ook aandacht is voor werkzame factoren als een goede samenwerkingsrelatie in samenhang met specifieke technieken.

Het gebruik van de verrichtingenlijst biedt de gelegenheid voor gezinsbegeleiders om naar eigen professioneel inzicht en onder regie van de cliënt invulling te geven aan het hulpverlenend handelen. Het instrument biedt de gezinsbegeleiders houvast om trouw aan de methodiek de volledige ‘toolbox’ te benutten die hen ter beschikking staat. Daarnaast biedt het gezinsbegeleiders de ruimte om oog te houden voor de unieke omstandigheden en karakteristieken van de cliënt. De flexibiliteit en creativiteit waarmee de behandelaar de geprotocolleerde aanpak ter hand neemt zijn essentieel voor het succes van de behandeling (Addis e.a., 2006). De meerwaarde van het werken met de verrichtingenlijsten in Gezin Centraal kan vergroot worden als er op basis van de methodiek concretere richtlijnen of normen beschreven zouden zijn. Op basis daarvan kan de programma-integriteit nog scherper getoetst worden. Te denken valt aan richtinggevende percentages van specifieke verrichtingen die op bepaalde momenten in de tijd ingezet dienen te worden. Onderhavig onderzoek reikt ten aanzien hiervan het concrete voorbeeld van het *doelen stellen* aan. Onze indruk is dat de opbrengst van het werken met de verrichtingenlijsten in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening nog niet ten volle benut wordt. Daarom achten we het van belang dat het werken met de verrichtingenlijsten meer ingebed wordt in de werkprocessen van teamleiders, gedragswetenschappers en gezinsbegeleiders. Concrete richtlijnen en normen vanuit de methodiek zouden hierin een stimulerende functie kunnen vervullen.

- In aansluiting op het vorige punt – en op basis van de pilotstudie – bevelen we aan om gedoseerd vraaggericht te werken. Het is van belang om in het oog te houden dat in de juiste verhoudingen aandacht uitgaat naar het werken aan gedragsveranderingen en naar relationele hulpverleningsactiviteiten (zoals het onderhouden van een werkrelatie). Het wordt aanbevolen richtlijnen of normen voor de gewenste verhouding tussen de verschillende hulpverleningsactiviteiten te stellen, te monitoren en te toetsen.

Onderzoek

- Het te maken krijgen met de beperkingen zoals geschetst in de rechterkolom van tabel 7.3 vormt een risico voor het succes van praktijkgestuurd effectonderzoek. Het wordt sterk aanbevolen om in vervolgonderzoek de beperkingen tot een minimum terug te brengen. Het gaat hierbij om het optimaal inbedden van het onderzoek, benutten van onderzoeksgegevens en aansluiten bij de interventie (Roosma, Ooms & Veerman, 2008). Vanwege de beperkte data zijn geen verbanden onderzocht tussen tevredenheid van ouders en betrokkenheid in de hulpverlening en tussen participatie en het succes van de behandeling in termen van doelrealisatie en probleemreductie. Onderzoek naar residentiële zorg (Kruzich e.a., 2003) en onderzoek naar de voorspellende waarde van cliëntparticipatie voor uitkomsten (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2001), geeft hier wel aanleiding voor. Om deze en mogelijk andere patronen (Kazi, 2003) op het spoor te komen, verdient met name het vergroten van de respons prioriteit. Het inbedden van het onderzoek in de praktijk van de hulpverlening levert daar een belangrijke bijdrage aan.

Het vergroten van de respons verdient niet alleen in de diepte (grotere aantallen en follow-up metingen), maar ook in de breedte aandacht. In het onderhavige onderzoek is de residentiële zorg van het logeerhuis van Gezin Centraal buiten beeld gebleven. In vervolgonderzoek dient ook deze unit en vergelijkbare hulpverlening intern en extern betrokken te worden.

- De pilotstudie waarvan in hoofdstuk 6 verslag gedaan wordt, is tot stand gekomen naar aanleiding van de beperkte respons. De pilotstudie is evenwel zeer informatief gebleken. Hieruit maken we op dat het de moeite waard is om alvorens men een grootschalige studie uitwerkt, op kleine schaal aan de hand van een pilotstudie bevindingen in kaart te brengen. Hierbij mag casusmateriaal zoals klinische observaties niet ontbreken. Dit stelt betrokkenen in staat om nota te nemen van eerste bevindingen en deze onderzoeksuitkomsten te benutten. De verwachting is dat de uitkomsten van een pilotstudie een discours op gang kunnen brengen die de inbedding van grootschaliger onderzoek in het hulpverlenend handelen en de dagelijkse praktijk zal bevorderen (zie bijv. Bijl, Delicat & Van der Steege, 2008).
- Het vraaggericht werken is met behulp van de Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH) in onderhavig onderzoek gemeten met behulp van items die de cliënt bevraagt in termen van 'Mijn gezinsbegeleider...'. Dit is in lijn met vooraanstaand onderzoek van Kazdin, Holland, Crowley en Breton (1997) naar ervaren barrières voor participatie met behulp van

de Barriers to Treatment Participation Scale (BTPS) en ander onderzoek waarin de BTPS gehanteerd wordt (zie tabel 2.1).

Met de VEH wordt in kaart gebracht of de hulpverlener de cliënt in de *gelegenheid* gesteld heeft om te participeren, maar is de mate waarin cliënten *daadwerkelijk* de regie gevoerd hebben onderbelicht gebleven. Dit zou in vervolgonderzoek nader onderzocht kunnen worden. De VEH voorziet in de weergave van de mate waarin de hulpverlener de condities gecreëerd heeft voor een hoge mate van participatie. Door te onderzoeken of cliënten daadwerkelijk de kans grijpen om in hoge mate te participeren en de regie te voeren, wordt het beeld compleet. Het gegeven dat in de daghulp van Gezin Centraal cliënten aantoonbaar meer het initiatief nemen is mogelijk een voorbeeld van een operationalisatie voor toetsing van daadwerkelijk in hoge mate participeren. Observationeel onderzoek naar dit aspect van de hulpverleningspraktijk is mogelijk een goede aanpak om dit aspect van vraaggerichte hulpverlening te onderzoeken en zou tevens tegemoet komen aan het pleidooi van Kazi (2003) voor multi-method dataverzameling ten behoeve van het ontrafelen van de werkzame bestanddelen van het hulpverleningsprogramma.

- In het onderhavige onderzoek zijn instrumenten gehanteerd met in beperkte mate aangetoonde validiteit (VEH, verrichtingenlijsten). Hier zou nader onderzoek naar verricht moeten worden. Tevens zou het instrumentarium aangescherpt kunnen worden met één of meerdere instrumenten die de vergroting van de krachtenkant van cliënten (bijvoorbeeld empowerment, zelfsturing) goed in beeld kunnen brengen. De indruk is op basis van het onderhavige onderzoek dat de UCL zich hier minder goed voor leent.
- Het parallel proces is een belangrijk aspect van de methodiek Gezin Centraal (zie hoofdstuk 3). Het parallel proces houdt in dat de wijze van samenwerken tussen leidinggevend, gedragswetenschappers en hulpverleners parallel verloopt aan de wijze waarop de hulpverlener met de cliënt samenwerkt (Van Bommel e.a., 2002). In het onderzoek is dit aspect van de methodiek onderbelicht gebleven. Een eerste verkennende studie van Dekker, Lommerse en Schrama (2008) geeft aanleiding om hier in het vervolg aandacht naar uit te laten gaan. Dekker e.a. (2008) onderzochten het parallel proces door middel van interviews met betrokkenen over de ontvangen begeleiding en de begeleiding die gegeven werd. Zij komen tot de conclusie dat het parallel proces grotendeels tot uiting komt, maar niet op alle niveaus ten volle.

7.5 Tot besluit

De ambitie van het VraaG-onderzoek was om de werkzaamheid van het programma Gezin Centraal nader te ontrafelen en mogelijk op een hogere sport van de effectladder te brengen (Veerman & Van Yperen, 2008). In de opzet van het onderzoek is het pleidooi van Kazi e.a. (2011) om gegevens te verzamelen ten aanzien van cliëntkenmerken, interventievariabelen en uitkomsten ter harte genomen. Van deze informatie is in het voorgaande verslag gedaan. De inbedding, benutting en aansluiting van het onderzoek en de uitkomsten in termen van Roosma e.a. (2008) heeft echter sterk onder druk gestaan. De 'sturing' vanuit de praktijk in een, voor alle bij het onderzoek betrokken partijen ongewenste richting met name vanwege de beperkte respons, noodzaakt het programma Gezin Centraal ertoe in dit opzicht een pas op de plaats te maken op de ladder van effectiviteit.

Doorontwikkeling van Gezin Centraal wordt aanbevolen mits voorzien wordt in betere indicatiestelling en selectie van de doelgroep, meer gezinsgericht werken, voldoende aandacht voor het werken aan gedragsveranderingen en feedback op basis van verrichtingen en een effectmonitor.

Door middel van het onderzoek is een belangrijke stap gezet in het verkrijgen van meer zicht op het proces van het programma; de interventievariabelen (Kazi, 2003). Het heeft het inzicht vergroot in aspecten die eerder niet als zodanig belicht zijn. Het onderzoek zet aan tot het expliciteren van normen voor (proces)uitkomsten en het toetsend bereiken van de doelgroep van de interventie. Daarnaast is met behulp van de pilotstudie de basis gelegd om in vervolgonderzoek weloverwogen effectonderzoek naar Gezin Centraal nader uit te werken. Een deel van de in de inleiding geschetste cyclus is afgelegd. Er is een start gemaakt met het 'grijzer' en daarmee transparanter maken van de 'black box' (Scriven, 1994). Het onderzoek heeft bouwstenen opgeleverd voor het nader uitwerken en uitvoeren van een vervolg in de vorm van een gedegen 'clear box evaluation'.

Literatuur

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213–232.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Addis, M.E., Cardemil, E.V., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2006). Does manualization improve therapy outcomes? In J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 131–160). Washington, DC: American Psychological Association.
- Allochtonen (2008). Geraadpleegd via <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/methoden/begrippen/default.htm>.
- Anglin, J. P. (2002). *Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Arnstein, S. (1969). Eight rungs on the ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (pp. 23–55). Washington: American Psychological Association.
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Van Dijkum, C. J. (2003). *Basisboek statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.

- Baartman, H. (2003). Controle en expertise in de jeugdzorg. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 42, 3–16.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 323–337.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (pp. 133–178). Washington: American Psychological Association.
- Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2003). Father involvement in parent training: When does it matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(4), 599–605.
- Baker, B. L., & Blacher, J. B. (1993). Out-of-home placement for children with mental retardation: Dimensions of family involvement. *American Journal on Mental Retardation*, 98(3), 368–377.
- Baker, B. L., Heller, T. L., Blacher, J., & Pfeiffer, S. I. (1995). Staff attitudes toward family involvement in residential treatment centers for children. *Psychiatric Services*, 46(1), 60–65.
- Bakker, B., Sieben, I., Nieuwbeerta, P., & Ganzeboom, H. B. G. (1997). Maten voor prestige, sociaal-economische status en sociale klasse voor de standaard beroepen classificatie 1992. *Sociale Wetenschappen*, 40(1), 1–22.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 319–327.
- Barlow, J., & Coren, E. (2000). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online : Update Software)*, (4), CD002020–CD002020.
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M. D., Andrea, H., Busschbach, J. J. V., Croon, M. A., Verheul, R., Emmelkamp, P. M. G., & Stijnen, T. (2009). The use of propensity score methods in psychotherapy research A practical application. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(1), 26–34. doi:10.1159/000162298
- Bartelink, C., Ten Berge, I., & Van Yperen, T.A. (2010). *Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Benneker, P., Metselaar, J., & Mellema, D. (2010). Developing out-patient family care in daily practice. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside out. How interventions in child and family care work. an international source book*. (pp. 560–563). Antwerpen–Apeldoorn: Garant.
- Bercz, M. (2009). *Methodiek 'ambulante hulp' van stichting jeugdformaat. is er samenhang tussen de kenmerken van de cliënt en de typen doelen en hoe hangt dit samen met de doelrealisatie?* Master thesis orthopedagogiek. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Bijl, B., Delicat, J.W., & Van der Steege, M. (2008). Kennis naar boven brengen: voorbeelden uit de praktijk. In T. A. Van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht*

- op effectiviteit. *Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 109–122). Delft: Eburon.
- Blacher, J., & Baker, B. L. (1994). Family involvement in residential treatment of children with retardation: Is there evidence of detachment? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(3), 505–520.
- Bogdan, R., & Taylor, S. J. (1975). *Introduction to qualitative research methods*. New York: John Wiley & Sons.
- Bolt, A. (2003). *Vraaggericht werken met gezinnen in de jeugdhulpverlening. een evaluatieonderzoek naar het experiment gezin centraal. Deel II: Interne evaluatie eerste jaar*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Bolt, A. (2006). *Het gezin centraal. Handboek voor ambulante hulpverleners*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Bolt, A., & Metselaar, J. (2005). *Verrichtingenlijst intensieve gezinsbegeleiding*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Brinkmeyer, M. Y., Eyberg, S. M., Nguyen, M. L., & Adams, R. W. (2004). Family engagement, consumer satisfaction and treatment outcome in the new era of child and adolescent in-patient psychiatric care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(4), 553–566.
- Carr, A. (2009). *What works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. London/New York: Routledge.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2001). *Standaard beroepenclassificatie 1992*. Voorburg/Heerlen:
- Conoley, C. W., Graham, J. M., Neu, T., Craig, M. C., O'Pry, A., Cardin, S. A., Brossart, D. F., & Parker, R. I. (2003). Solution-focused family therapy with three aggressive and oppositional-acting children: An N = 1 empirical study. *Family Process*, 42(3), 361–374.
- Damen, H. R., & Veerman, J. W. (2004). Werkt het zoals bedoeld? Betekenisvolle en bruikbare interventiecomponenten van het innovatieprogramma jeugdzorg limburg. *Kind en Adolescent*, 25(1), 22–37.
- De Brock, A. J. L. L., Vermulst, A. A., Gerris, J., Veerman, J. W., & Abidin, R. R. (2003). *NOSI opvoeding in gezin en andere primaire leefvormen*. Nijmegen: University of Nijmegen.
- De Brock, A. J. L. L., Vermulst, A. A., Gerris, J. R. M., & Abidin, R. R. (1992). *NOSI nijmeegse ouderlijke stress index*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- De Kemp, R. A. T., Veerman, J. W., & Ten Brink, L. T. (2001). *Evaluatie-onderzoek families first nederland. Een bundeling van deel een tot en met vijf*. (3rd ed.). Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Dekker, C., Lommerse, M., & Schrama, M. (2008). *Samenwerking! Hoe verloopt die van u? Een onderzoek naar het parallel proces van Gezin Centraal binnen Cardea Jeugdzorg. Afstudeerscriptie Sociaal Pedagogische Hulpverlening*. Leiden: Hogeschool Leiden.

- De organisatie (2009). Geraadpleegd op 9 maart 2009 via www.jeugdformaat.nl.
- Dickerson Mayes, S., Krecko, V. F., Calhoun, S. L., Vesell, H. P., Schuch, S., & Toole, W. R. (2001). Variables related to outcome following child psychiatric hospitalization. *General Hospital Psychiatry*, 23, 278–284.
- Dogan, G., Van Dijke, A., & Terpstra, L. (2000). *Wie zijn er 'moeilijk bereikbaar'? Aanknopingspunten voor ondersteuning en begeleiding van 'moeilijk bereikbare' gezinnen en jongeren*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Dronkers, F. (2002). Vraaggericht werken met cliënten. Dicht bij de vraag blijven en goed afstemmen. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, (1), 19–25.
- Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2002). Family-oriented program models and professional helping practices. *Family Relations*, 51(3), 221–229.
- Dunst, C. J., & Deal, A. G. (1994). Needs-based family-centered intervention practices. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting & strengthening families: Methods, strategies, and practices* (pp. 90–104). Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115–126.
- Eijgenraam, K., Van Yperen, T. A., Van der Pijll, M., Lekkerkerker, L., Post, F., & De Graaf, M. (2008). *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid standaard taxatie ernst problematiek (STEP)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut / Nji.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Friesen, B., Koren, P. E., & Koroloff, N. M. (1992). How parents view professional behaviors: A cross-professional analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 1(2), 209–231.
- Gambrill, E. (2006). Evidence-based practice and policy: choices ahead. *Research on Social Work Practice*, 16, 338–357.
- Ganzeboom, H. B. G., De Graaf, P. M., & Treiman, D. J. (1992). A standard international socio-economic index of occupational status. *Social Science Research*, 21, 1–56.
- Garfat, T. (2003). Working with families: Developing a child and youth care approach. In T. Garfat (Ed.), *A child and youth care approach to working with families*. (pp. 7–37). New York: The Haworth Press, Inc.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27(2), 143–153.
- Geurts, E., Lekkerkerker, L., Van Yperen, T. A., & Veerman, J. W. (2010). *Over verandering gesproken. op weg naar meer zicht op effectiviteit van de jeugdzorg-praktijk*. Utrecht: Nji & Praktikon.

- Geurts, E., & Van Yperen, T. A. (2010). *Raamwerkafspraken prestatie-indicatoren. Definities en spelregels*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut / Maatschappelijke Ondernemersgroep Jeugdzorg.
- Gezinsbehandeling (2011). Geraadpleegd op 17 juni 2011 via <http://www.cardeanl/Content.aspx?PGID=oe849464-520b-4151-ab40-f44dbb799ff9>.
- Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., & Van Widenfelt, B. M. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten. De strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58(11), 1018–1035.
- Goldfried, M. R., & Da Vila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 421–430.
- Goodman R., Meltzer H., & Bailey V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125–130.
- Guo, S., Barth, R. P., & Gibbons, C. (2005). Propensity score matching strategies for evaluating substance abuse services for child welfare clients. *Children and Youth Services Review*, 28(4), 357–383.
- Hair, H. J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 551–575.
- Hart, R. A. (1992). *Children's participation: From tokenism to citizenship*. Florence: UNICEF.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd*. Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431–442.
- Hoagwood, K. (2005). Family-based services in children's mental health: A research review and synthesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 690–713.
- Hofman, R. (2006). *Categorisering van hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg. Ontwikkeling van een categoriesysteem bij Stichting Jeugdformaat*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999a). Directing attention to what works. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (pp. 407–447). Washington: American Psychological Association.

- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999b). Introduction. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy*. (pp. 1–19). Washington: American Psychological Association.
- Hulp thuis (2011). Geraadpleegd op 17 juni 2011 via <http://www.jeugdformaat.nl/>.
- Janssens, M. (2003). Zes kerncompetenties voor doelgericht hulpverleners. *SPH Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening*, (50), 56–60.
- Kazdin, A. E. (2000). Perceived barriers to treatment participation and treatment acceptability among antisocial children and their families. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 157–174.
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. J. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 453–463.
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M. J., & Breton, S. (1997). Barriers to treatment participation scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 1051–1062.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 726–730.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1990). Drawing on clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: Survey of practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(3), 189–198.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2), 160–172.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2(1), 27–40.
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child–therapist and parent–therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47(5), 436–445.
- Kazi, M. A. F. (2003). *Realist evaluation in practice*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Kazi, M. A. F., Pagkos, B., & Milch, H. A. (2011). Realist evaluation in wraparound: A new approach in social work evidence-based practice. *Research on Social Work Practice*, 21(1), 57–64. doi:10.1177/1049731510371345
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100–110. doi:10.1037/0022-006X.62.1.100

- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366–380. doi:10.1037/0022-006X.65.3.366
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443–453.
- Knorth, E. J. (2003). Opmerkelijk: De black box van de residentiële jeugdzorg geopend? *Kind en Adolescent*, 24(3), 153–158.
- Knorth, E. J., Bolt, A., Van Bommel, R., Tacq, E., & Verkerk, S. A. (2003). *Vraaggericht werken met gezinnen in de jeugdhulpverlening. een evaluatieonderzoek naar het experiment gezin centraal. Deel I: Theorie*. Leiden: Universiteit Leiden, Afdeling Orthopedagogiek.
- Knorth, E. J., Metselaar, J., Josias, H. J., Konijn, C., Noom, M. J., & Van Yperen, T. A. (2003). Indications for treatment in child and youth care: Results from two complementary empirical studies. *International Journal of Child and Family Welfare*, 6(4), 167–184.
- Knorth, E. J., & Van den Bergh, P. M. (2003). *VraagG-onderzoek. Vraaggericht werken met gezinnen in de jeugdhulpverlening. Een evaluatieonderzoek naar het experiment gezin centraal*. Leiden: Universiteit Leiden, Afdeling Orthopedagogiek.
- Knorth, E. J., Van den Bergh, P. M., & Verheij, F. (2002). Professionalization and participation in child and youth care: Two sides of one coin? In E. J. Knorth, P. M. Van den Bergh & F. Verheij (Eds.), *Professionalization and participation in child and youth care* (pp. 1–23). Hampshire: Ashgate Publishing Limited.
- Konijn, C., Metselaar, J., & Stoll, J. (2002). *Kwaliteit van de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Koren, P. E., & Paulson, R. I. (1997). Service coordination in children's mental health: An empirical study from the caregiver's perspective. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 5(3), 162–173.
- Kramer, A. (2004). *Vraag of aanbod in de jeugdhulpverlening. Vraaggericht werken bij de daghulp 6 tot 12 jaar*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kroes, G., Veerman, J. W., & De Bruyn, E. E. J. (2000). Realiteit en vertekening bij het beoordelen van probleemgedrag van kinderen. In J. D. Bosch, R. J. Van der Gaag, A. J. J. M. Ruysenaars & A. Vuyt (Eds.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie* (pp. 87–118). Houten / Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kruzich, J. M., Jivanjee, P., Robinson, A., & Friesen, B. J. (2003). Family caregivers' perceptions of barriers to and supports of participation in their children's out-of-home treatment. *Psychiatric Services*, 54(11), 1513–1518.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy inte-

- gration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357–361.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143–189). New York: John Wiley & Sons.
- Landsman, M. J., Groza, V., Tyler, M., & Malone, K. (2001). Outcomes of family-centered residential treatment. *Child Welfare*, 80(3), 351–379.
- Lee, B. R., & Thompson, R. (2008). Comparing youth outcomes for group care and treatment foster care: An application of propensity score matching. In C. Canali, T. Vecchiato & J. K. Whittaker (Eds.), *Assessing the “evidence-base” of intervention for vulnerable children and their families*. (pp. 220–223). Padova: E. Zancan Publishing.
- Leichtman, M., Leichtman, M. L., Barber, C. C., & Neese, D. T. (2001). Effectiveness of intensive short-term residential treatment with severely disturbed adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 227–235.
- Littell, J. H. (2001). Client participation and outcomes of intensive family preservation services. *Social Work Research*, 25(2), 103–113.
- Maso, I. (1987). *Kwalitatief onderzoek*. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21–25.
- Metselaar, J. (2007). *Toelichting vragenlijsten VraaG-onderzoek*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Metselaar, J. (2010). *Deelstudie VraaG-onderzoek: Uitkomsten van de hulpverlening*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Metselaar, J., & Doornbos, R. (2006). *Verrichtingenlijst daghulp en verblijf*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., Noom, M. J., Van Yperen, T. A., & Konijn, C. (2004). Treatment planning for residential and non-residential care: A study on indication-for-treatment statements as input to the care process. *Child and Youth Care Forum*, 33 (3), 151–173.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., & Van den Bergh, P. M. (2005). Het VraaG-onderzoek: Elementen van vraaggericht werken. In J. R. M. Gerris (Ed.), *Interventie en preventie samen met effectonderzoek: Professionele winst*. (pp. 69–84). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., & Van den Bergh, P. M. (2007). Needs-led and family-centered child and youth care: Theoretical considerations and evaluation in practice. *Relational Child and Youth Care Practice*, 20(2), 38–46.

- Metselaar, J., Knorth, E. J., & Van den Bergh, P. M. (2008). Process and outcomes of needs-led and family-focused child and youth care: Preliminary findings in a programme evaluation. In C. Canali, T. Vecchiato, & J. K. Whittaker (Eds.), *Assessing the 'Evidence-base' of Intervention for Vulnerable Children and Their Families* (pp. 216–218). Padova: Zancan Publishers.
- Metselaar, J. & Knorth, E.J., Van den Bergh, P.M., & Van Yperen, T.A. (2010). Needs-led and family-focused child and youth care: What's really going on? In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside out. How interventions in child and family care work. an international source book*. (pp. 180–183). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Metselaar, J., & Van Beek, S. (2004). *Handboek VraagOnderzoek voor hulpverleners en teamleiders*. Leiden/Delft: Cardea Jeugdzorg en Stichting Jeugdformaat.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, & Ministerie van Justitie. (2005). *Informatiebrochure wet op de jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport/Ministerie van Justitie.
- Molin, R. (1988). Treatment of children in foster care: Issues of collaboration. *Child Abuse & Neglect*, 12(1), 241–250.
- Molin, R., & Palmer, S. (2005). Consent and participation: Ethical issues in the treatment of children in out-of-home care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 152–157.
- NIZW International Centre. (2004). *Factsheet child and youth care in the Netherlands*. Utrecht: NIZW International Centre.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(2), 149–166.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 872–879.
- Ogles, B. M., Anderson, T., & Lunnen, K. M. (1999). Models, techniques, and therapeutic efficacy: Contradictions between professional trends and clinical research. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy*. (pp. 201–225). Washington: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–376). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Orobio de Castro, B. (2010). What works, when, for whom, and why? Very specific factors determine effectiveness of prevention and intervention programs for disruptive behavior problems. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer & J. Knot-

- Dickscheit (Eds.), *Inside out. How interventions in child and family care work. an international source book*. (pp. 50–53). Antwerpen–Apeldoorn: Garant.
- Pameijer, N. K. (2001). Gezinsdiagnostische instrumenten in de praktijk. Wat hebben zij diagnosticus en cliënt te bieden? *Kind en Adolescent*, 22(1), 36–44.
- Pameijer, N. K., & Van Beukering, J. T. E. (1999). Diagnostiek in de praktijk. Hypothesetoetsend en cliëntgericht? *Kind en Adolescent*, 20(1), 2–21.
- Park, J., & Turnbull, A. P. (2002). Quality indicators of professionals who work with children with problem behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(2), 118–122.
- Pawson, R., & Tilly, N. (1997). *Realistic evaluation*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Petr, C. G., & Allen, R. I. (1997). Family-centered professional behavior: Frequency and importance to parents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5(4), 196–205.
- Pool, A., Mostert, H., & Schumacher, J. (2003). *De kunst van het afstemmen. Belevingsgerichte zorg: Theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept*. Utrecht: NIZW.
- Post, P. (2001). Zorgprogrammering en vraaggericht werken. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, (2), 80–84.
- Prakken, J., Van Dijke, A., Van der Steege, M., & Terpstra, L. (2002). *Van tribune naar speelveld. Vraaggericht werken in de praktijk*. Utrecht: NIZW.
- Quade, D. (1982). Nonparametric analysis of covariance by matching. *Biometrics*, 38(3, Special Issue: Analysis of Covariance), pp. 597–611.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Baydar, N. (2004). Halting the development of conduct problems in head start children: The effects of parent training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 279–291.
- Reith, W., Hofman, R., Stams, G. J. J. M., & Van Yperen, T. A. (2008). Hulpverleningsdoelen categoriseren met de doelenboom: Ontwikkeling van een categorieënsysteem voor hulpverleningsdoelen in jeugdzorginstellingen. *Kind en Adolescent*, 29, 221–234.
- Robinson, A. D., Kruzich, J. M., Friesen, B. J., Jivanjee, P., & Pullmann, M. D. (2005). Preserving family bonds: Examining parent perspectives in the light of practice standards for out-of-home treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 632–643.
- Roosma, D., Ooms, H., & Veerman, J. W. (2008). Organiseren van onderzoek. In T. A. Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. (pp. 93–106). Delft: Eburon.
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. In M. Law (Ed.), *Family-centred assessment and intervention in pediatric rehabilitation* (pp. 1–20).

- Rosenbaum, P. R., & Rubin, D. B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70(1), 41–55.
- Schippers, M., Wehman, D., & Hermanns, J. M. A. (2005). Empowerment in de hulpverlening. Een onderzoek naar gedrag van hulpverleners en empowermentbeleving van cliënten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, 60–71.
- Schreurs, P. J. G., Van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Herziene handleiding 1993*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Scriven, M. (1994). The fine line between evaluation and explanation. *Evaluation Practice*, 15(1), 75–77.
- Shier, H. (2001). Pathways to participation: Openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the united nations convention on the rights of the child. *Children & Society*, 15, 107–117.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464.
- Simeonsson, R. J., Bailey, D. B., Jr., Huntington, G. S., & Brandon, L. (1991). Scaling and attainment of goals in family-focused early intervention. *Community Mental Health Journal*, 27(1), 77–83.
- Sinclair, R. (2002). Participation by children in care planning: Research and experiences in the United Kingdom. In E. J. Knorth, P. M. Van den Bergh & F. Verheij (Eds.), *Professionalization and participation in child and youth care*. (pp. 191–200). Hampshire: Ashgate Publishing Limited.
- Sinclair, R., & Grimshaw, R. (1997). Partnership with parents in planning the care of their children. *Children & Society*, 11, 231–241.
- Singh, N. N., & Curtis, J. W. (1997). Empowerment status of families whose children have serious emotional disturbance and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 5(4), 223–230.
- Smith-Acuna, S., Durlak, J. A., & Kaspar, C. J. (1991). Development of child psychotherapy process measures. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 126.
- Snyder, C. R., Michael, S. T., & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (pp. 179–200). Washington: American Psychological Association.
- Solomon, P., Evans, D., Delaney, M. A., & Malone, R. P. (1992). Assessment of the therapeutic relationship of community-agency workers. *The Psychiatric Quarterly*, 63(3), 251–264.
- Steetskamp, S. (2005). *Werken met de verrichtingenlijst. Een verkennende studie naar de inhoudelijke kwaliteit en praktische bruikbaarheid van de verrichtingenlijst IGB. Masterscriptie opleiding orthopedagogiek*. Leiden: Universiteit Leiden.

- Stoll, J., Metselaar, J., & Konijn, C. (2003). Indicatiestelling hapert danig volgens betrokkenen. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 7 (2), 89–93.
- Swanborn, P. G. (2008). *Case-study's. Wat, wanneer en hoe?* (4th ed.). Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Tam, T. S. K., & Ho, M. K. W. (1996). Factors influencing the prospect of children returning to their parents from out-of-home care. *Child Welfare*, 75(3), 253–269.
- Ten Brink, L. T., Van der Steege, M., Van der Haar, A., Jagers, H., Veerman, J. W., & Baartman, H. (2000). *VGF experimentele gebruikershandleiding van de vragenlijst gezinsfunctioneren*. Utrecht: NIZW/PI Research.
- Ten Brink, L. T., Veerman, J. W., De Kemp, R. A. T., & Berger, M. A. (2004). Implemented as intended? Recording family worker activities in a families first program. *Child Welfare*, 83(3), 197–214.
- Thoburn, J., Lewis, A., & Shemmings, D. (1995). *Paternalism or partnership? Family involvement in the child protection process*. London: HMSO.
- Tonkens, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerving, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., Boyd, K., & Hamby, D. W. (1995). Family-oriented program models, helpgiving practices, and parental control appraisals. *Exceptional Children*, 62(3), 237–248.
- Van Beek, F. (2002). 'Gewoon vragen wat er is en wat ze voor je kunnen doen' vraaggericht werken volgens jongeren en ouders; trends in kinder en ouder kwaliteitscriteria. *Deelrapport 1 van de LPJ monitor 2002*. Voorhout: WESP Onderzoek.
- Van Beek, F. (2004). *Zo willen wij het! Wat jongeren en ouders belangrijk vinden als zij hulp nodig hebben*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Van Bommel, R., Bolt, A., & Tacq, E. (2002). *Gezin centraal. Een gezinsgericht en vraaggericht programma met residentiële- en daghulpverlening voor kinderen en hun ouders: Een experiment*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Van Burik, A. E., Kayser, T., & Van de Mortel, M. (2001). Vraaggestuurd werken vereist vier basiscompetenties. Meningen van SPH-ers over vraaggestuurd werken. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, , 288–291.
- Van der Laan, G. (2002). Vraagsturing, professionaliteit en burgerschap. *Sociale Interventie*, 11(2), 44–51.
- Van der Steege, M. (2003). *Gewoon goed hulpverleners. Over de cliënt centraal, vraaggericht werken en cliëntenparticipatie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Van der Steege, M., & Van Yperen, T. A. (2009). *Raamwerk prestatie-indicator doelrealisatie. Van registreren, via aggregeren naar informeren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (Nji).
- Van Erve, N., Poiesz, M., & Veerman, J. W. (2005). Bejegening van cliënten in de jeugdzorg. Een onderzoek naar relevante aspecten. *Kind en Adolescent*, 26(2), 227–238.

- Van Gageldonk, A., & Bartels, A. (1990). *Evaluatieonderzoek in de jeugdhulpverlening. Deel 2: De instrumenten van de overzichtsstudie*. Leiden: DSWO Press, Rijksuniversiteit Leiden.
- Van Pagée, R., Van Lieshout, J., & Van As, J. (2002). Family group conferencing in the Netherlands. In P. M. Van den Bergh, E. J. Knorth, F. Verheij & D. C. Lane (Eds.), *Changing care. Enhancing professional quality and client involvement in child and youth care services*. (pp. 74–83). Amsterdam: SWP Publishers.
- Van Pel, J. (2002). Vraaggericht indiceren: Veranderde visie op jeugdzorg. *Tendens*, 2, 27–31.
- Van Yperen, T. A. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.
- Van Yperen, T. A. (2004). Vraaggericht en effectief: Tegenstelling of succesformule? cliënt heeft geen kennis van effectieve hulpbronnen. *Nederlands Tijdschrift Voor Jeugdzorg*, 1, 48–53.
- Van Yperen, T. A., Bijl, B., & Veerman, J. W. (2008). Opzet van praktijkgestuurd effectonderzoek. In T. A. Van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 209–243). Delft: Eburon.
- Van Yperen, T. A., & De Ruyter, D. (2001). Vraaggerichte diagnostiek en indicatiestelling in de bureaus jeugdzorg. In H. J. Pelzer, & P. Steerneman (Eds.), *Diagnose van de diagnostiek* (pp. 69–88). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Van Yperen, T. A., Van den Berg, G., & Eijgenraam, K. (2003). *Quick STEP snelle standaard taxatie ernst problematiek. Handleiding*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Van Yperen, T. A., Van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Yperen, T. A., Veerman, J. W., & Bijl, B. (2008). Praktijk, beleid en wetenschap verbinden. In T. A. Van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 77–92). Delft: Uitgeverij Eburon.
- Veerman, J. W. (2008). Methoden voor het kwantificeren en toetsen van effecten. In T. A. Van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. (pp. 307–329). Delft: Eburon.
- Veerman, J. W., & Ten Brink, L. T. (1993). Het meten van de opvoedingsomgeving met de vragenlijst meegemaakte gebeurtenissen. Theoretische achtergronden en onderzoeksgegevens. *Tijdschrift Voor Orthopedagogiek*, 32, 426–443.
- Veerman, J. W., & Van Yperen, T. A. (2008). Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek? In T. A. Van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. (pp. 17–34). Delft: Eburon.

- Verbeek, G. (2003). *De vraag centraal, werkt dat? Praktijkboek vraaggerichte en vraaggestuurde zorg voor zorgverleners*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Wat is Cardea? (2009). Geraadpleegd op 9 maart 2009 via <http://.cardea.nl/nl-NL/Welkom+bij+Cardea/Wat+is+CardeaQ->.
- Welling, M. (2000). Vraaggericht werken in de jeugdhulpverlening. Is vraaggericht klantvriendelijk? *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 4, 28–32.
- Window, S., Richards, M., & Vostanis, P. (2004). Parents' and children's perceptions of a family support interventions for child behavioral problems. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 113–131.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 314–321.

Samenvatting

Gezin Centraal

Gezin Centraal is een ‘experimenteel’ hulpverleningsprogramma dat zich richt op kinderen (6–14 jaar) met ernstige psychosociale problemen en hun gezinnen. Het programma maakt gebruik van (een combinatie van) de hulpvormen intensieve gezinsbegeleiding, daghulp en residentiële hulp. Vraaggericht werken en de gezinsgerichte benadering vormen de pijlers waar het programma op rust. Theorieën en toepassing van de oplossingsgerichte benadering, de systeemtheorie en contextuele benadering, de leertheorie, het competentiemodel en de communicatietheorie bepalen de verdere inhoud van de hulpverlening.

Vraaggericht werken

Vraaggericht werken impliceert dat de hulpvraag van de cliënt (ouders en kind) centraal staat, dat cliënten in hoge mate participeren en dat hulpverleners een vraaggerichte houding tonen. De onderbouwing voor vraaggericht werken in de researchliteratuur wordt ontleend aan studies naar doelrealisatie, cliëntgerichtheid en participatie van cliënten, en onderzoek naar de invloed van hulpverlenersgedrag op de uitkomsten van de hulpverlening.

Programma-evaluatie

De programma-evaluatie van Gezin Centraal waarover in dit proefschrift wordt gerapporteerd, kan gesitueerd worden binnen het raamwerk van praktijkgestuurd effectonderzoek. Inbedding van het onderzoek in het hulpverlenend handelen, benutting van de onderzoeksgegevens en aansluiting van de onderzoek bij de interventie staan hierin centraal. Het onderzoek is opgezet conform een ‘pre-test – interventie – posttest’ design met twee vergelijkingsgroepen: één binnen de organisatie waarvan Gezin Centraal deel uitmaakt en één daarbuiten. De algemene vraagstelling luidt: Hoe verloopt de hulpverlening aan 6–14 jarigen bij het programma Gezin Centraal en welke resultaten worden daarmee gehaald in vergelijking met gebruikelijke hulpverlening?

In lijn met de filosofie achter de ‘effectladder’ van Veerman en Van Yperen (2008) wordt een stapsgewijze aanpak gevolgd bij beantwoording van deze vraag. Alvorens gegevens te verzamelen die de bewijskracht m.b.t. de effectiviteit van een interventie zouden kunnen versterken, zijn twee voorafgaande stappen van groot belang. In de eerste plaats dient nagegaan te worden of de beoogde doelgroep daadwerkelijk bereikt wordt. In de tweede plaats dient zichtbaar gemaakt te worden waaruit de interventie bestaat en waarin deze in de uitvoering daadwerkelijk onderscheidend is.

Doelgroep

Gezin Centraal is bedoeld als een interventie die de gebruikelijke doelgroep van de jeugd- en opvoedhulp bedient. Uit het onderzoek blijkt dat de groep cliënten die bij Gezin Centraal hulp ontvangt op basis van demografische kenmerken representatief kan worden geacht voor cliënten die in Nederland een beroep doen op de geïndiceerde jeugdzorg. De hulpvragen van de cliënten hebben in gelijke mate betrekking op het kind (met name gedrag van het kind) en op het gezin (met name opvoeding). De problemen die spelen worden door de gezinsbegeleiders overwegend als matig ernstig aangeduid. De cliënten zelf doen verslag van (zeer) ernstige problematiek in het functioneren van het kind en/of een hoge mate van opvoedingsstress. Bij een deel van de bereikte doelgroep is het functioneren van het kind als tamelijk ‘normaal’ te bestempelen. Een deel van de doelgroep ervaart lage tot gemiddelde opvoedingsstress. In meer dan de helft van de gevallen zijn de gezinsbegeleiders bij aanvang van de hulpverlening van oordeel dat, gezien het geobserveerde gezinsfunctioneren, een relatief lichte behandeling zou kunnen volstaan.

Naast demografische kenmerken is de door Gezin Centraal bereikte doelgroep ook op andere gebieden zoals hulpvraaggebieden, functioneren van het kind, op-

voedingsstress, gezinsfunctioneren, motivatie en omgaan met opvoedingsproblemen vergelijkbaar met gebruikelijke hulpverlening. In de externe vergelijkingsgroep is alleen sprake van een groter aantal hulpvragen en meer ingrijpende stressvolle gebeurtenissen. Wat betreft de aard van de problematiek wordt in Gezin Centraal hulp verleend aan de beoogde doelgroep. Echter, wat betreft de zwaarte van de problematiek wordt de doelgroep gedeeltelijk bereikt. Er lijkt niet in alle gevallen bij aanvang van de hulpverlening voldoende inzicht te bestaan in de (zwaarte van) de probleemsituatie en in de noodzaak van behandeling. Bij de toegang tot het programma wordt onvoldoende selectie toegepast. Bij de interne en externe vergelijkingsgroep is sprake van een vergelijkbare situatie. In die zin is de conclusie dat Gezin Centraal inderdaad de voor jeugdzorg gebruikelijke doelgroep bedient, met daarbij de kanttekening dat meer in het algemeen die doelgroep selectiever van samenstelling zou moeten zijn.

Proces

Gezin Centraal beoogt een van de gebruikelijke jeugdzorg onderscheidend aanbod te realiseren. Uit het onderzoek blijkt dat in Gezin Centraal per hulpverleningstraject gemiddeld van ruim twee modules gebruik wordt gemaakt. In meer dan de helft van de gevallen wordt ambulante hulp gecombineerd met meer ingrijpende hulp. Gezin Centraal verschilt hierin niet van de interne vergelijkingsgroep maar wel van de externe vergelijkingsgroep: daarin worden gemiddeld minder modules ingezet. De hulpverlening van Gezin Centraal is zodoende meer omvattend dan die in de externe vergelijkingsgroep. De duur van de ambulante hulp aan het gezin van Gezin Centraal bedraagt gemiddeld ongeveer 9 maanden; in combinatie met andere modules beslaat deze 12 maanden. Dit is vergelijkbaar met de gegevens over beide vergelijkingsgroepen. De intensiteit van de gezinsbegeleiding bedraagt ruim twee contacten per maand. Ook hierin is Gezin Centraal vergelijkbaar met de interne en externe vergelijkingsgroep.

Het is informatief gebleken om na te gaan op welke gebieden de hulpverleningsdoelen betrekking hebben. Gezin Centraal blijkt zich niet vaker specifiek op gezinsdoelen te richten dan beide vergelijkingsgroepen.

Hulpvraag centraal

Het centraal stellen van de hulpvraag van de cliënt tijdens de hulpverlening komt onder andere aan bod in de voortgangsgesprekken. In de intensieve gezinsbegeleiding van Gezin Centraal wordt hieraan meer aandacht besteed dan in de interne vergelijkingsgroep. Hoewel Gezin Centraal niet significant meer aandacht heeft voor het stellen van doelen, passen de gezinsbegeleiders binnen Gezin Centraal deze verrichting wel vaker op het juiste moment toe in vergelijking tot de externe vergelijkingsgroep, namelijk bij aanvang van de hulpverlening. Bij de vier andere verrichtingen die betrekking hebben op het centraal stellen van de hulpvraag onderscheidt de experimentele onderzoeksgroep zich niet nadrukkelijk van de vergelijkingsgroepen.

In Gezin Centraal is in ongeveer 20% van de contacten sprake van contact met het hele gezin. Hierin verschilt het programma niet van de interne en externe vergelijkingsgroep.

Cliënten en hulpverleners zijn in het algemeen positief over het hulpverleningsproces. Hun ervaring is dat in de hulpverlening de hulpvraag centraal gestaan heeft. De cliënten en gezinsbegeleiders van Gezin Centraal scoren hierin vergelijkbaar met de cliënten en gezinsbegeleiders van de beide vergelijkingsgroepen.

Participatie cliënt

Gezinsbegeleiders binnen Gezin Centraal besteden niet significant meer aandacht aan participatiebevorderende verrichtingen (zoals het bespreken van cliënt's perceptie van mogelijke oplossingen en het benoemen van krachten in en om het gezin) dan in de vergelijkingsgroepen. In de daghulp van Gezin Centraal wordt het bespreken van de dagelijkse routine als de belangrijkste verrichting beschouwd waarmee de participatie van de cliënt wordt vergroot; pedagogische medewerkers van Gezin Centraal besteden hier significant meer aandacht aan dan de collega's in de interne vergelijkingsgroep.

Ondanks de gezinsgerichte benadering wordt in de ambulante gezinsbegeleiding van Gezin Centraal niet aan een significant groter aantal gezinsdoelen gewerkt in vergelijking tot de interne en externe vergelijkingsgroep. Hetzelfde geldt voor het aantal contacten met het hele gezin.

In de daghulp van Gezin Centraal vinden daarentegen – intern vergeleken – wel meer contacten met het hele gezin plaats. Daarnaast wordt het initiatief voor contact vaker door de ouders genomen. De gezinsgerichte benadering van Gezin Centraal komt in de daghulp als belangrijke component van het programma goed uit de verf.

De cliënten van Gezin Centraal zijn in hoge mate in de gelegenheid gesteld te participeren in het hulpproces. De cliënten van de beide vergelijkingsgroepen hebben soortgelijke ervaringen opgedaan. Cliënten van Gezin Centraal, alsmede

cliënten van de beide vergelijkingsgroepen, geven aan in mindere mate in de gelegenheid geweest te zijn tot het sterk of geheel *bepalen* van de hulpverlening (het hoogste niveau van de participatieladder van Thoburn e.a. (1995)). Naar de ervaring van de cliënten is het Gezin Centraal gelukt om een *gezinsgericht* programma te bieden, maar hebben cliënten het programma niet als *gezinsgecentreerde* hulpverlening (Dunst e.a., 1991) ervaren.

De gezinsbegeleiders van Gezin Centraal geven, in tegenstelling tot cliënten, aan dat participatie tot op het hoogste niveau van de participatieladder is bewerkstelligd. Hierin verschillen de Gezin Centraal gezinsbegeleiders significant van de gezinsbegeleiders van de externe vergelijkingsgroep. We leiden hieruit af dat Gezin Centraal begeleiders er duidelijk op gericht zijn het programma Gezin Centraal volgens de uitgangspunten van gezinsgecentreerde hulpverlening invulling te geven. Gezien de reactie van cliënten op dit punt bestaat het vermoeden dat de uitvoering nog verbetering behoeft.

Vraaggerichte houding hulpverlener

Afgaande op de geregistreerde verrichtingen van hulpverleners zien we dat de hulpverlening in de drie onderzoeksgroepen voor de helft betrekking heeft op het werken aan gedragsveranderingen. Het onderhouden van een werkrelatie met de cliënt en het verzamelen van informatie vindt in gelijke mate plaats (beide 20%). Het 'onderhouden van de werkrelatie' is iets dat nadrukkelijk past bij een vraaggerichte houding. Daaraan wordt in Gezin Centraal significant meer aandacht besteed dan in de externe vergelijkingsgroep. Pedagogisch medewerkers van de daghulp binnen Gezin Centraal geven hun vraaggerichte houding prominent vorm door veel te investeren in een klimaat van samenwerking met de cliënt.

De vraaggerichte houding van de gezinsbegeleider wordt door cliënten van Gezin Centraal positief beoordeeld. Hierin verschilt Gezin Centraal echter niet van de beide vergelijkingsgroepen. De gezinsbegeleiders van Gezin Centraal dragen het vraaggericht werken bewust uit. Ze hebben zich de methodiek eigen gemaakt, maar naar de mening van de cliënt is hun houding niet vraaggerichter dan die van hun collega's in de twee vergelijkingsgroepen.

Alles overziend blijkt dat Gezin Centraal zich minder onderscheidt van de hulpverlening in de vergelijkingsgroepen dan verwacht. Significante verschillen met één of beide vergelijkingsgroepen ten voordele van de methodiek Gezin Centraal zijn in de minderheid. Significante verschillen ten nadele van Gezin Centraal doen zich echter zeer weinig voor. Voor het in mindere mate onderscheidend zijn dan tevoren verwacht worden verschillende verklaringen aangedragen.

Uitkomsten

Op basis van een pilotstudie naar de uitkomsten van de hulpverlening vinden we indicaties dat cliënten (ouders) van Gezin Centraal, in vergelijking tot de twee vergelijkingsgroepen, na afloop van de hulpverlening minder problemen ervaren in het functioneren van het kind. Intern vergeleken is er sprake van minder opvoedingsstress. Deze uitkomsten mogen echter vanwege de beperkte omvang en het design van de studie noch worden gegeneraliseerd, noch worden toegeschreven aan de methodiek.

De hypothese dat een hoger aandeel vraaggericht werken gepaard gaat met gunstiger (gedrags)uitkomsten bij ouder en kind lijkt op basis van de pilotstudie te moeten worden herzien. De pilotstudie levert de hypothese op dat het werken aan gedragsverandering bij kinderen kan bijdragen aan positieve behandeluitkomsten.

Reflectie op het onderzoek

Het onderzoek bevestigt dat, alvorens veeleisend onderzoek te doen naar uitkomsten en effecten van een interventieprogramma in de jeugdzorg, het van belang is na te gaan (a) of de beoogde doelgroep door de onderzochte interventie bereikt wordt, (b) of de werkwijze uitgevoerd wordt zoals beoogd en beschreven, en (c) of het interventieprogramma, in dit geval Gezin Centraal, onderscheidend is van gebruikelijke hulpverlening.

Het onderzoek naar Gezin Centraal is beperkt ingebed geweest in het hulpverlenend handelen. De onderzoeksgegevens zijn tevens in beperkte mate benut in het primair proces. Mede door het onbenut laten van de in het onderzoek verzamelde informatie is een kans misgelopen om te reflecteren op de hulproute van cliënten zonder intensieve behandel noodzaak. Tevens is een kans gemist om de probleemgebieden van cliënten van Gezin Centraal volledig in beeld te brengen en daar de hulpverlening optimaal op aan te laten sluiten.

Met het gekozen instrumentarium is getracht aan te sluiten bij de hulpverlening. In het bijzonder in het werken met de Verrichtingenlijst is dit goed gelukt.

Aanbevelingen

Een betere analyse van de klachten en selectie van de doelgroep voor het programma Gezin Centraal wordt raadzaam geacht. Een andere aanbeveling is om gezinsgecentreerde hulpverlening in de methodiek explicieter te operationaliseren. Het werken met de verrichtingenlijsten kan meer ingebed worden in de werkpro-

cessen. De meerwaarde hiervan kan vergroot worden wanneer op basis van de methodiek concrete richtlijnen of normen beschreven worden.

Mogelijkheden om de hulpvraag van de cliënt centraal te stellen kunnen in het programma Gezin Centraal nog beter benut worden, o.a. door een kritische bezinning op de mix van toegepaste verrichtingen. Tevens lijkt meer aandacht voor het specifiek werken aan gedragsverandering nodig. In vervolgonderzoek dienen de bedreigingen voor praktijkgestuurd effectonderzoek tot een minimum te worden teruggebracht.

In het onderzoek naar Gezin Centraal is een belangrijke stap gezet in het verkrijgen van meer zicht op het proces van het programma. Het onderzoek zet aan tot het expliciteren van normen voor (proces)uitkomsten en het bereiken van de doelgroep. Een basis is gelegd om de methodiek en daaraan gekoppeld effectonderzoek nader uit te werken.

Summary

Needs-led and family-centred child care and treatment: Process and outcomes

Gezin Centraal

Gezin Centraal is an experimental child and youth care programme intended for children aged 6–14 with severe psychosocial problems and their families. The programme has three components: intensive family coaching, out-patient treatment and care at a residential home. Needs-led care and a family-focused approach are the core features of the programme; other elements that determine the nature of the care provided are the theory and application of the solution-focused approach, systemic theory and a contextual approach, learning theory, competency modelling and communication theory. The main goal of *Gezin Centraal* is the empowerment of families and increased resilience in families facing various kinds of (behavioural) problems (Knorth et al., 2003).

Needs-led care

Needs-led care implies that the main focus is on the care needs expressed by the client, that clients participate to a high degree and that child and youth care workers adopt a needs-led attitude. The evidence base for needs-led care consists of studies of goal attainment, client-centredness and client participation, and research on the impact of care professionals' behaviour on the outcome of the care provided.

Programme evaluation

Gezin Centraal's programme evaluation can be described as practice-based outcomes research, a kind of research which focuses on incorporating the evaluation into everyday care activities, utilizing the research data, and linking the research to the interventions. The evaluation was set up along the lines of a pre-test – intervention – post-test design with comparison groups (internal and external 'care as usual trajectories'). The general question of this study was: how does the care provided to children aged 6–14 in the *Gezin Centraal* programme unfold and what results are obtained in comparison with standard care programmes?

The 'outcomes ladder' created by Veerman and Van Yperen (2008) provided a frame of reference for answering this question. Before gathering data to support the effectiveness of the intervention, two other steps were very important. The first was to check whether the intended target group was in fact reached. The second was to make clear what distinguished this intervention – as it was carried out in practice – from other interventions.

Target group

As a child and youth care intervention *Gezin Centraal* aims to reach a group of clients similar to the group of care as usual. On the basis of demographic features, the group of clients receiving care through *Gezin Centraal* is representative of clients who apply for child and youth care interventions in the Netherlands. The care needs expressed by clients pertain in equal measure to the child (in particular a child's behaviour) and to the family (in particular parenting). The majority of the problems involved are characterized by the child and youth care workers as 'moderate'. The clients report severe to very severe problems in the child's functioning and/or high levels of parenting stress. However, in some cases within the group reached by *Gezin Centraal* the child's functioning could be designated as 'normal', and some clients in the group experienced low to average parenting stress. In over half of the cases,

at the beginning of the care programme the child and youth care workers report family functioning for which a milder form of treatment would have sufficed.

Gezin Centraal provides care for a target group which at the beginning of the care programme is comparable with the target group receiving care as usual. In terms of demographic characteristics, areas in which assistance is needed, the child's functioning, parenting stress, family functioning, motivation and coping with parenting problems, the group reached by *Gezin Centraal* is similar to the group reached by care as usual. The only difference is that in the external comparison group a larger number of care needs were expressed and a larger number of major stressful events were reported.

As far as the nature of the problems is concerned, *Gezin Centraal* provides care to the intended target group. However, in terms of the severity of the problems involved, the group reached by *Gezin Centraal* only partly corresponds with the intended target group. It appears that at the beginning of the care programme there is not always enough insight into the problem situation and its severity, and the extent to which treatment is needed. Admission to the programme is not sufficiently selective. In the internal and external comparison groups the situation is similar. It can be concluded that *Gezin Centraal* indeed reaches a group of clients similar to the group of clients of care as usual. Although it should be noted that this group should be composed more selectively.

Process

Gezin Centraal aims to deliver child and youth care which distinguishes itself in its process from care as usual. In each care pathway *Gezin Centraal* uses more than two modules on average. In over half of the cases outpatient care is combined with more intensive care. In comparison with the internal comparison group *Gezin Centraal* is not different in this respect, but in comparison with the external comparison group *Gezin Centraal* uses more modules of intensive care than are used on average. This means that the care provided is more intense than in the external comparison group. The outpatient care *Gezin Centraal* provides for a family lasts approximately 9 months; the duration of the whole programme, including other modules, is 12 months. This is comparable with both comparison groups. *Gezin Centraal's* family guidance entails more than two contacts each month. In this respect *Gezin Centraal* is also similar to the internal and external comparison groups.

Valuable information was gained by looking at the areas to which the care goals were related. The data showed that *Gezin Centraal* does not focus specifically on family goals more often than the two comparison groups.

Focusing on clients' needs

One context in which the focus on clients' expressed needs comes to the fore is in progress interviews. In *Gezin Centraal's* outpatient care for the family (intensive family coaching) more attention is paid to progress interviews than in the care programme of the internal comparison group. Although the experimental research group does not pay a significantly larger amount of attention to setting goals, the child and youth care workers do set goals at the right time more often than the external comparison group – namely, at the beginning of the care programme. With respect to the other four care measures which are relevant to focusing on the client's expressed needs, there is no marked difference between the experimental research group and either of the two comparison groups.

In approximately 20% of *Gezin Centraal's* contacts, counsellors report on contact with the whole family. In this respect the programme does not differ from the internal and external comparison groups.

Clients and care workers are positive about the care process. Their experience is that the care provided does in fact focus on the needs expressed by the clients. The clients and child and youth care workers of *Gezin Centraal* give the same rating to this aspect of the programme as the clients and child and youth care workers of the two comparison groups.

Client participation

Child and youth care workers at *Gezin Centraal* do not pay a significantly larger amount of attention to measures that facilitate participation, such as discussing the client's perception of possible solutions or discussing forces within and around the family, than those in the comparison groups. In the out-patient component of the programme, discussing the daily routine is regarded as the most important measure that increases client participation. *Gezin Centraal's* child and youth care workers pay a significantly larger amount of attention to this than the child and youth care workers of the internal comparison group.

In spite of its family-focused approach, *Gezin Centraal* does not work towards a significantly larger proportion of family goals in its family coaching. In addition, it appears that contacts with the whole family are not more frequent in *Gezin Centraal* than in the internal and external comparison groups. However, in *Gezin Centraal* in-patient treatment, the internal comparison shows that contacts with the whole family are more frequent. Moreover, the initiative for contact is more frequently taken by parents. In the in-patient treatment, *Gezin Centraal's* family-led approach comes into its own as an important component of the programme.

Gezin Centraal's clients have plenty of opportunity to participate, but the clients of the two comparison groups have had similar experiences. *Gezin Centraal's*

clients, as well as the clients of the comparison groups, indicate to a lesser extent that they have had opportunities to determine the care provided to a high degree or fully (the top rung of the participation ladder devised by Thoburn *et al.* (1995)). According to the clients, *Gezin Centraal* has succeeded in offering a family-led programme, but the clients have not experienced the programme as being family-focused care (Dunst *et al.*, 1991). Unlike the clients, *Gezin Centraal*'s child and youth care workers report that participation at the highest level of the participation ladder has been attained. In this respect the *Gezin Centraal* child and youth care workers differ significantly from the child and youth care workers of the external comparison group. This means that their intention is to carry out the *Gezin Centraal* programme in accordance with the principles of family-focused care. However, we suspect that the execution of the programme needs improvement if the clients are also to report having experienced family-focused care.

Needs-led attitude of carers

Over 50% of the care provided by *Gezin Centraal* and in both comparisons groups, is related to working on changing behaviour. Maintaining a working relationship and gathering information take up equal percentages (20% each). The specific purpose of maintaining the working relationship is to enable child and youth care workers to put their needs-led attitude into practice. In the *Gezin Centraal* programme a significantly greater amount of attention was paid to maintaining the working relationship than in the external comparison group. The child and youth care workers in the in-patient treatment also gave substance to their needs-led attitude by investing more in collaboration with the client.

The clients of *Gezin Centraal* had a positive opinion of the child and youth care workers' needs-led attitude. However, in this respect there is no difference between *Gezin Centraal* and the two comparison groups. In the course of their work, the *Gezin Centraal* child and youth care workers deliberately set out to focus on the needs expressed by the clients; they have a firm grasp of the treatment strategy. However, in the clients' opinion their attitude is not more needs-led than that of the child and youth care workers of the care programmes with which *Gezin Centraal* was compared.

Gezin Centraal differs less from the comparison groups than had been expected. Significant differences between *Gezin Centraal* and one or both of the comparison groups with respect to the methods used are in the minority. On the other hand, there are very few significant differences in which *Gezin Centraal* comes off worse. Possible explanations for the low level of difference have been put forward. It could be that the *Gezin Centraal* methods have not been applied to a sufficient degree; or

that over time the basic elements of needs-led and family-focused working procedures have been applied more and more broadly; or that the features of needs-led care are related to generally effective factors which play a significant role in every form of psychosocial care.

Outcomes

A pilot study of the outcomes of this care service showed that in comparison with the internal and external comparison groups, after the intervention *Gezin Centraal*'s clients have fewer problems with the child's functioning. The internal comparison showed that *Gezin Centraal* clients had less parenting stress. However, because of the limited scope of the study these outcomes cannot be attributed to the methods used.

The pilot study did not show that a greater focus on needs expressed by the clients necessarily led to better outcomes. The importance of devoting enough attention to working on behavioural change in care programmes was highlighted by the outcomes of the pilot study.

Reflections on the study

The study confirms the importance of checking whether the intended target group is in fact reached by the intervention in question, before more demanding studies are being carried out. It also confirms the importance of examining whether the working procedure is carried out in accordance with its definition and whether the intervention or programme – in this case *Gezin Centraal* – can be distinguished from care as usual.

To a limited extent the study of *Gezin Centraal* was incorporated into care practice. The research data were also utilized – to a limited extent – in the primary process. The fact that the information gathered for the study was not utilized for the primary process means that an opportunity was missed to give clients who did not need intensive treatment more appropriate care. Another missed chance was the opportunity to carefully examine the problem areas of clients who do belong to the target group and to ensure that they were given the most appropriate care.

With the instruments chosen, we attempted to coordinate our research with the care service. This was particularly successful in the case of a self report form to record care worker activities and techniques, called 'Verrichtingen Lijst'.

Recommendations

In our opinion better analysis of the complaints and better selection of the target group for the *Gezin Centraal* programme is advisable. The recommendation is for the methods of family-focused care to be put into practice more explicitly. Working with the 'Verrichtingen Lijst' could be integrated into the working procedures to a higher degree. The added value of this could be enhanced by drawing up concrete guidelines or standards based on the treatment strategy.

The possibilities of focusing on clients' expressed needs could be used more effectively in the *Gezin Centraal* care programme. The *Gezin Centraal* child and youth care workers' way of applying some measures which focus specifically on clients' needs could do with some improvement. In any follow-up study the threats to practice-based outcomes research should be reduced to a minimum.

The evaluation of *Gezin Centraal* has been an important step towards gaining a better idea of the programme's process. The study stimulates those involved to draw up explicit standards for outcomes and to reach the target group through better selection. Further development of the intervention and further outcomes research can build on the foundation that has been laid by the present study.

Dankwoord

Het onderzoek naar Gezin Centraal was niet mogelijk geweest zonder de investering die Cardea Jeugdzorg gedaan heeft met het 'in huis' halen van een onderzoeker. De instelling heeft daarmee de mogelijkheid gecreëerd om het onderzoek ook daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk plaats te laten vinden. In het bijzonder ben ik dank verschuldigd aan de toenmalige bestuursvoorzitter Marianne Harten die een belangrijke drijfveer is geweest achter de ontwikkeling het onderzoek binnen de muren van de instelling een plek te geven. Tevens ben ik dank verschuldigd aan Fred Venus die bij Stichting Jeugdformaat bij het Jeugdhulpteam Delft ruimte bood voor het onderzoek. Daarnaast wil ik mijn leidinggevende Marga Stokman bedanken voor het vertrouwen en de niet aflatende steun (zelfs toen ik per ongeluk op een vrijdagmiddag het alarm liet afgaan en het beveiligingsbedrijf redding moest komen bieden).

Aan het onderzoek hebben diverse mensen actief deelgenomen. Daarvan verdienen allereerst de cliënten heel veel dank die de moeite hebben genomen om de vragenlijsten die hen aangereikt werden, in te vullen. Als de noodzaak zich in een gezin aandient om een beroep te doen op geïndiceerde jeugdzorg draait het systeem, op z'n zachtst gezegd, niet optimaal. Dat ouders en jongeren dan toch tijd en rust vinden om de vragenlijsten voor het onderzoek naar Gezin Centraal in te vullen, verdient daarom veel lof.

Daarnaast wil ik graag alle gezinsbegeleiders en pedagogisch medewerkers van de diverse locaties die bij het onderzoek betrokken waren, bedanken voor hun inspanning om door middel van vragenlijsten en met name ook verrichtingenlijsten verslag te doen van hun werk. De 'filosofie' van het praktijkgestuurd onderzoek

bepleit dat het doen van onderzoek geïntegreerd is in het dagelijkse werk. Het vergt de nodige inspanning, ook van gedragswetenschappers en teamleiders, om dat te realiseren. Ik ben de medewerkers van Cardea Jeugdzorg en Stichting Jeugdformaat daarom dank verschuldigd voor de geleverde inspanningen.

Ik wil daarnaast de collega's van het O&O team van Cardea Jeugdzorg en Wouter Reith van Stichting Jeugdformaat bedanken voor hun betrokkenheid bij het onderzoek.

Ook gaat mijn dank uit naar Arjan Bolt. Arjan, je bent de grondlegger van de methodiek Gezin Centraal en in die hoedanigheid hebben we met enige regelmaat contact gehad. Je positieve instelling en warme collegialiteit hebben me geïnspireerd om door te gaan met het onderzoek. Je overtuigingskracht en enthousiasme werken erg aanstekelijk. Ik heb veel respect en bewondering voor je doorzettingsvermogen.

Ook het enthousiasme van de gedragswetenschappers van Gezin Centraal van het eerste uur, Ella Tacq en Renske van Bommel, heeft mij in het uitvoeren van het onderzoek ondersteund.

De verbinding met de wetenschap werd tijdens het onderzoek gewaarborgd door de mogelijkheid die de Universiteit Leiden me bood om als gastmedewerker aan de afdeling Orthopedagogiek verbonden te zijn. Heel praktisch maakte de werkplek die voor me vrij gemaakt was het mogelijk om in een academische context aan het onderzoek te werken. Heel veel dank gaat uit naar de collega's van Orthopedagogiek voor de prettige samenwerking.

Mijn dank gaat tevens uit naar een drietal hoogleraren van verschillende universiteiten: prof. dr. F. Verheij van de Erasmus Universiteit, prof. dr. J.W. Veerman van de Radboud Universiteit en prof. dr. H. Grietens van de Rijksuniversiteit Groningen. Zij hebben tijd vrij willen maken om als beoordelingscommissie dit proefschrift te lezen.

In het bijzonder gaat mijn dank uit naar mijn begeleiders prof. dr. Erik Knorth, dr. Peter van den Bergh en prof. dr. Tom van Yperen. Het onderzoek startte in Leiden toen Erik nog verbonden was aan de universiteit aldaar. Maar kort na de aftrap verruilde hij Leiden voor Groningen. De afstand tussen Groningen en het VraaG-onderzoek in Leiden was behoorlijk groot, maar dankzij de begeleiding van Peter ter plekke reilde en zeilde het goed. Peter, heel erg bedankt voor de leuke samenwerking en voor de mogelijkheid om bij je binnen te kunnen lopen met allerlei vragen. Aan je kalmte, je steun en goede suggesties bij voor mij lastige vraagstukken (en ook dat briljante recept voor een goddelijk toetje) heb ik veel gehad.

In de begeleiding van het VraaG-onderzoek schoof ook Professor dr. Tom van

Yperen aan. Tom, bedankt dat je bij het onderzoek betrokken bent geweest. Niet alleen vormde jouw uitvalsbasis in Utrecht een mooie vergaderlocatie halverwege het traject Leiden–Groningen, maar je verfrissende benadering van de dilemma's waar we soms voor stonden, maakte dat ik na een overleg vaak weer geïnspireerd huiswaarts keerde.

Ondanks de switch van Leiden naar Groningen was een continue drijfveer achter het VraaG-onderzoek Professor dr. Erik Knorth. Onze samenwerking begon in Leiden eigenlijk al veel eerder en op een geheel ander vlak: in een verrassend samengestelde muziekband van FSW collega's. Op enig moment kwam er ook op het terrein van de jeugdzorg een gezamenlijk project op ons pad. Door het combineren van de uitkomsten van een onderzoek bij het NIZW en een onderzoek in Leiden verzorgden we een interessante presentatie tijdens een congres in Canada. Daarna wist hij me te motiveren om naar de onderzoeksplek bij Cardea Jeugdzorg te solliciteren. Het VraaG-onderzoek kende de nodige uitdagingen. Erik, heel veel dank voor je begeleiding, je steun en je positieve insteek om het tot een goed einde te brengen. Hoewel de afstand tussen Leiden en Groningen de begeleiding soms wat bemoeilijkte, was je altijd goed te benaderen. Je bruikbare feedback op de juiste momenten maakte dat ik weer vooruit kon. Ik ben blij dat ik in Groningen met jou als mijn collega mijn onderzoeks- en onderwijswerkzaamheden aan de universiteit kan voortzetten.

In de dagelijkse uitvoering van het onderzoek heb ik intensief samengewerkt met Rian Doornbos. Wat begon als een onderzoeksstage mondde uit in een heel prettige samenwerking ten behoeve van de dataverzameling van het VraaG-onderzoek. Rian, we hebben menig vragenlijst vanuit 'ons' onderzoekssecretariaat de deur uit gedaan. Het bleek een gouden greep dat jij één keer in de week in Delft de honneurs waar kon nemen. Bedankt dat je de werkzaamheden die gedaan moesten worden zo voortvarend, overzichtelijk en doeltreffend oppakte. Ik kijk met plezier terug op de vele gesprekken die we gevoerd hebben.

De kamer aan de Universiteit van Leiden deelde ik met Esther Geurts. Esther, jij was druk doende met je onderzoek bij Stek, ik met het onderzoek bij Cardea Jeugdzorg. Met de benen op de verwarming, uitkijkend over het stationsgebied van Leiden hebben we heel wat ervaringen uitgewisseld. Ik heb veel gehad aan onze samenwerking. Ik ben blij dat ik jou als collega getroffen heb.

Dat laatste geldt ook voor Ilonka von Rudnay, gedragswetenschapper bij Cardea Jeugdzorg. Ilonka, vanwege jouw afstudeerscriptie bij Orthopedagogiek kregen we met elkaar te maken. Naar aanleiding daarvan ontstond een vruchtbare samenwerking om de SMILEY 9–12 van de grond te tillen. Ik heb veel van je geleerd over

het vak van gedragswetenschapper in de jeugdzorg. De samenwerking legde niet alleen een goede basis voor het SMILEY project, maar ook voor een vriendschap die ik erg waardeer. Dat we elkaar daarvoor soms op Walcheren treffen, maakt het contact met jou, Hans en Tobias heel vertrouwd.

De afronding van het VraaG-onderzoek kwam tot stand in Groningen. Graag wil ik de collega's van de afdeling Orthopedagogiek bedanken voor de support en de collegialiteit. In het bijzonder m'n naaste collega's van de sectie Jeugdzorg. Het is altijd mogelijk om bij jullie binnen te lopen voor advies, een uitwisseling van inzichten of gewoon voor een broodnodige gezamenlijke pauze tussendoor.

Hoewel ze officieel geen onderdeel uitmaakt van de sectie Jeugdzorg, wil ik in dit verband graag Wendy Post noemen. Ik keek met smart uit naar jouw komst vanwege je expertise op het gebied van statistiek. Tot mijn grote vreugde delen we het gangetje waar onze werkkamers aan grenzen. Ik kan zodoende heel makkelijk bij je binnenlopen. Bedankt voor je bruikbare advies ten behoeve van het onderzoek naar Gezin Centraal, maar vooral ook dank voor het prettige contact dat we hebben waarin ook altijd ruimte is voor een persoonlijk gesprek.

In het bijzonder gaat m'n dank uit naar Anne-Marie Huyghen. Onze samenwerking ging van start in het SMILEY-project, maar zette zich de afgelopen jaren in Groningen voort op het gebied van onderwijs en onderzoek. Veel dank voor de prettige samenwerking en voor je steun in de periode waarin ik mijn proefschrift heb afgerond. Je nuchtere commentaar en adviezen zijn goud waard. We kunnen elkaar ook goed vinden na slapeloze nachten vanwege spokende peuters of kleuters aan het thuisfront of vanwege hectisch verlopende ochtendrituelen die zich slecht laten combineren met vergaderingen die stipt om half negen beginnen. Mede dankzij onze samenwerking en het leuke contact dat we hebben, ben ik me snel thuis gaan voelen in Groningen.

In dit dankwoord wil ik niet ongenoemd laten dat ik heel veel steun heb ervaren van onze vrienden in Leiden, Delft, Rotterdam e.o. Ik ben blij om te merken dat onze vriendschappen bestand zijn tegen de lange afstand tussen de Randstad en het Noorden. Met regelmaat nemen jullie de moeite om ons op te zoeken in Groningen voor een dagje bijkletsen of voor een weekendje logeren. En met regelmaat kunnen wij bij jullie terecht als het tijd is voor een bakkie leut of een (beach)volleybaltoernooi. Heel veel dank voor jullie support in de afgelopen periode.

Last but absolutely not least mijn lieve (schoon)familie. De Smalleganges: Antoine, Sabine, Thierry en in het bijzonder Patricia en Martien. Bedankt dat jullie altijd zo geïnteresseerd zijn in m'n werkzaamheden. Dankzij jullie warmte voel ik me bij jullie in Vlissingen altijd thuis.

Graag wil ik mijn broer Jan Martijn en mijn vriendin en schoonzus Eveline bedanken. Jullie wisten me op de juiste momenten een hart onder de riem te steken.

En natuurlijk Bert en Jannie, lieve pap en mam, bedankt voor jullie onvoorwaardelijke steun in de keuzes die ik in m'n leven maak. Bedankt dat jullie vaak vanuit Middelburg naar Groningen komen om te boardscrijten en voor de hulp bij tuinieren, voor het oppassen en de was opvouwen (want dat schiet er wel eens bij in). Jannie, in het bijzonder bedankt dat je mijn manuscript op taalkundige fouten en kromme zinsconstructies hebt nagelezen (ik kan niet garanderen dat er niet hier of daar eentje weer is ingeslopen). Het betekent heel veel voor me dat jullie er altijd voor mij, Serge en de kinderen zijn.

En als allerlaatste maar ook als allerbelangrijkste wil ik het thuisfront bedanken. Lieve Pieterbas en Annabel, het is een feest om naar huis te fietsen in de wetenschap dat ik jullie enthousiaste verhalen mag horen over wat jullie die dag beleefd hebben of om jullie uitgeteld op de bank aan te treffen met de halve zandbak in het haar. Het geeft veel vertrouwen dat ook jullie je draai aan de Eckhartstraat in Gravenburg goed hebben gevonden. Ik kijk er samen met jullie en papa naar uit dat we, als alle feesten van dit jaar voorbij zijn, in de winter een broertje of zusje voor jullie mogen verwelkomen.

Allerliefste Serge, bedankt voor je vertrouwen om de stap met mij te zetten om naar het Noorden te verhuizen. Bedankt voor je niet aflatende steun vanaf het eerste moment dat we samen optrokken. Jij kent me door en door en hebt aan een half woord genoeg. Bij jou kom ik thuis.

Publicaties

Boek

Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: Processen en uitkomsten. Evaluatie van het programma Gezin Centraal*. Academisch proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen.

Artikel

Metselaar, J. (2001). Wie dit niet leest is gek. *Pedagogiek*, 21(3), 386–288.

Metselaar, J. (2001). Boekbespreking: A. Dieleman, Als de toekomst wacht... Over individualisering, vertrouwen en sociale integratie van jongeren in West-Europa, 2000. *Pedagogiek*, 21(4), 379–380.

Du Bois-Reymond, M., & Metselaar, J. (2003). Juventude Contemporânea e Adopção de Comportamentos de Risco. *Infância e Juventude*, 2(3), 61–87.

Knorth, E. J., Metselaar, J., Josias, H. J., Konijn, C. Noom, M. J., & Van Yperen, T. A. (2003). Indications for treatment in child and youth care: Results from two complementary empirical studies. *International Journal of Child and Family Welfare*, 6(4), 167–184.

Stoll, J., Metselaar, J., & Konijn, C. (2003). Indicatiestelling hapert danig volgens betrokkenen. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 7(2), 89–93.

Metselaar, J., & Knorth, E. J. (2004). Meer zicht op vraaggericht werken? *Kind en Adolescent*, 25(4), 301–305.

- Metselaar, J., Knorth, E. J., Noom, M. J., Van Yperen, T. A., & Konijn, C. (2004). Treatment planning for residential and non-residential care: A study on indication-for-treatment statements as input to the care process. *Child and Youth Care Forum*, 33(3), 151–173.
- Knorth, E. J., Geurts, E. M. W., & Metselaar, J. (2007). Residential group care for children and youth: A research perspective. *Child and Youth Care Online*, 9(5), 1–6.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., & Van den Bergh, P. M. (2007). Needs-led and family-centered child and youth care: Theoretical considerations and evaluation in practice. *Relational Child and Youth Care Practice*, 20(2), 38–46.

Bijdrage aan boek/reader

- Du Bois-Reymond, M., & Metselaar, J. (2001). Contemporary youth and risk taking behaviour. In I. Sagel-Grande (Ed.), *In the best interest of the child. Conflict resolution for and by children and juveniles* (pp. 49–62). Amsterdam: Rosenberg Publishers.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., & Van den Bergh, P. M. (2005). Opzet Vraag-onderzoek: evaluatie programma Gezin Centraal. In M. van der Steege, & C. Konijn (Red.), *Jeugdzorg in onderzoek: Focus op effectiviteit* (pp. 130–131). Den Haag/Utrecht: Ministerie van VWS/NIZW.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., & Van den Bergh, P. M. (2005). Het Vraag-onderzoek: Elementen van vraaggericht werken. In J. R. M. Gerris (Red.), *Interventie en preventie samen met effectonderzoek: Professionele winst* (pp. 69–84). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Metselaar, J., Knorth E. J., & Van den Bergh, P. M. (2006). Programme evaluation of 'Gezin Centraal': A needs-led and family-focused child care programme. In B. Tillard (Ed.), *Proceedings of the IXth International EUSARF Conference on Troubled Children in a Troubled World* (pp. 1–15). Paris: UPX Éditions.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., & Van den Bergh, P. M. (2008). Process and outcomes of needs-led and family-focused child and youth care: Preliminary findings in a programme evaluation. In C. Canali, T. Vecchiato, & J. K. Whittaker (Eds.), *Assessing the 'evidence-base' of intervention for vulnerable children and their families* (pp. 216–218). Padova: E. Zancan Publishing.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., & Van den Berg, P. M. (2008). Processi ed esiti centrati sui bisogni e sulla famiglia per bambini e ragazzi in carico: Risultati preliminary di una valutazione. In C. Canali, T. Vecchiato, & J. K. Whittaker (Eds.), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà* (pp. 220–222). Padova: E. Zancan Publishing.

- Reith, W., Metselaar, J., & Van Yperen, T. A. (2008). Samenwerking bij praktijkonderzoek in de jeugdzorg. In W. Bruinsma, J. van Rossum, & C. Kohnen (Red.), *Jeugdzorg in onderzoek: Effectief samenwerken voor jeugd en gezin* (pp. 57–58). Den Haag/Utrecht : ProgrammaMinisterie voor Jeugd en Gezin/ZonMW/RIVM/NJi.
- Benneker, P., Metselaar, J., & Mellema, D. (2010). Developing outpatient family care in daily practice. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside Out. How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 560–563). Antwerp: Garant Publishers.
- Blokland, N., Metselaar, J., & De Wagt, C. (2010). Developing a comprehensive intervention for secondary prevention of criminal behaviour of adolescents in daily practice. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside Out. How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 131–133). Antwerp: Garant Publishers.
- Evenboer, E., Huyghen, A. M. N., Tuinstra, J., Hoekstra, P., Metselaar, J., De Winter, A., Reijneveld, M., & Knorth, E. J. (2010). Towards a taxonomy of care for youth: A synthesis of the literature. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside Out. How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 601–603). Antwerp: Garant Publishers.
- Huyghen, A. M. N., Von Rudnay, I., Metselaar, J., & Knorth, E. J. (2010). Assessing children's satisfaction with child and youth care: The Smiley 9–12 Questionnaire. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside Out. How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 598–600). Antwerp: Garant Publishers.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., Van den Bergh, P. M., & Van Yperen, T. A. (2010). Needs-led and family-focused child and youth care: What's really going on? In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside Out. How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 180–183). Antwerp: Garant Publishers.
- Roel, E., Metselaar, J., & Kamp, J. (2010). Goal-directed and competency-based residential youth care: Challenges in daily practice. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside Out. How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 368–370). Antwerp: Garant Publishers.
- Rohlf, D., Metselaar, J., & De Wagt, C. (2010). Home Proof: Evaluation of youth care arrangements in daily practice. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside Out. How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 563–565). Antwerp: Garant Publishers.
- Tuinstra, J., Reijneveld, S. A., Knorth, E. J., Hoekstra, P., Huyghen, A. M., Metselaar, J., & De Winter, A. (2010). C4Youth, Academische Werkplaats Zorg voor Jeugd Noord-Nederland: Wat gaan we doen? In M. de Baat (red.), *Jeugd in Onder-*

- zoek.. *Zorg voor jeugd: divers en doordacht* (pp. 206–207). Den Haag/Utrecht: ProgrammaMinisterie Jeugd en Gezin/ZonMW/RIVM/NJi.
- Huyghen, A. M. N., Von Rudnay, I., Metselaar, J., & Knorth, E. J. (2011). *The Smiley; measuring young children's treatment satisfaction*. (chapter to be submitted on invitation).

Rapport

- Metselaar, J., Tönis, I., & Otten, R. (1997). *'Doe effe normaal' voorgezet? Haalbaarheidsonderzoek schooladoptieplan in het voortgezet onderwijs*. Leiden: Universiteit Leiden/PLATO Platform Opleiding, Onderwijs en Organisatie (42 pag.).
- Metselaar, J., Tönis, I., & Van Lakerveld, J. (2000). *Rapportage initiatieven rond 12-minners*. Leiden: Universiteit Leiden/PLATO Platform Opleiding, Onderwijs en Organisatie (61 pag.).
- Zonneveld, C. A. J. M., Metselaar, J., & Tönis, I. C. M. (2000). *Leerstraf Basta. De methodiekbeschrijving en handleiding voor de aanpak van hardnekkige spijbelaars*. Den Haag: Ministerie van Justitie (86 pag.).
- Van Lakerveld, J., Metselaar, J., & Zonneveld, A. (2001). *Effecten van projecten: Succesindicatoren in preventieprojecten gericht op 12-minners. Eindrapportage*. Leiden / Utrecht: Universiteit Leiden/PLATO Platform Opleiding, Onderwijs en Organisatie / Stichting Jeugdinformatie Nederland (76 pag.).
- Boendermaker, L., Metselaar, J., & Venderbosch, C. S. (2002). *Samenwerkingsverbanden in de Jeugdzorg. Een inventarisatie van de samenwerkingsvormen tussen jeugdhulpverlening/jeugdbescherming en jeugd-ggz/jeugd-lvg. Tussenrapport over de eerste fase van het project*. Utrecht: NIZW (47 pag.).
- Konijn, C., Metselaar, J., & Stoll, J. (2002). *Kwaliteit van de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg. Deeltraject 3 van de Monitor LPJ*. Den Haag/Utrecht: Landelijk Platform Jeugdzorg/NIZW (28 pag.).
- Tönis, I., Metselaar, J., & Den Oudendam, F. (2002). *Preventie en Aanpak van Schoolverzuim in Leiden. Eindrapportage Onderzoek*. Leiden: Universiteit Leiden/PLATO Platform Opleiding, Onderwijs en Organisatie (106 pag.).
- Oostveen, A., Vink, C., Knorth, E. J., & Metselaar, J. (Eds.) (2003). *Verslag Promise into Practice. International Child and Youth Care Conference, August 20–23, 2003*. Utrecht: NIZW, International Centre (184 pag.).
- Eijgenraam, K., Van der Steege, M., & Metselaar, J. (2004). *Beslissen in het Bureau Jeugdzorg. Bronnenstudie, beslismodel en een samenhangend instrumentarium*. Utrecht: NIZW (118 pag.).

- Metselaar, J., & Van Beek, S. (2004). *Handboek Vraag-onderzoek. Voor hulpverleners en teamleiders*. Leiden: Cardea Jeugdzorg en Stichting Jeugdformaat (interne publicatie).
- Bolt, A., & Metselaar, J. (2005). *Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding (VIG)*. Leiden: Cardea. Jeugdzorg (interne publicatie).
- Metselaar, J. (2006). *Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH)*. Leiden: Cardea Jeugdzorg (interne publicatie).
- Metselaar, J., & Doornbos, R. (2006). *Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf (VDV)*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Metselaar, J. (2007). *Toelichting Vragenlijsten Vraag-onderzoek*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Gerards, P., Metselaar, J., Cnosse, W., & Knorth, E. J. (2010). *Startdocument onderzoek Elker*. Groningen: Elker Jeugd- en Opvoedhulp (Onderzoeksrapport, 31 pag.).
- Huyghen, A. M. N., Von Rudnay, I. N., & Metselaar, J. (2010). *Tevredenheid van kinderen over de hulp die zij ontvangen, gemeten aan de hand van de Smiley 9-12. Resultaten fase 3, 2009*. Groningen/Leiden: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek/Cardea Jeugdzorg Leiden (7 onderzoeksrapporten t.b.v. deelnemende instellingen).
- Metselaar, J. (2010). *Deelstudie Vraag-onderzoek: Uitkomsten van de hulpverlening*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Metselaar, J., Cnossen, W., De Wagt, C., & Knorth, E. J. (eds.) (2010). *Elker in Sight*. Groningen: Elker Jeugd- en Opvoedhulp (55 pag.).
- Von Rudnay, I. N., Huyghen, A. M. N., & Metselaar, J. (2010). *Tevredenheid van kinderen over de hulp die zij ontvangen, gemeten aan de hand van de Smiley 9-12: Resultaten fase 2, 2008*. Groningen/Leiden: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek/Cardea Jeugdzorg Leiden (10 onderzoeksrapporten t.b.v. deelnemende instellingen).

Curriculum Vitae

Janneke Metselaar werd geboren op 13 februari 1974 te Gouda. Zij volgde in 1980–1981 basisonderwijs op basisschool Bij de Bron in Ridderkerk. Vanaf 1981 vervolgde zij het basisonderwijs bij de Griffioenschool in Middelburg. In 1986 zette zij haar schoolloopbaan voort aan de Christelijke Scholengemeenschap Walcheren, alwaar zij in 1992 haar VWO diploma behaalde. In de periode 1992–1999 studeerde zij Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit Leiden. Tijdens haar studie liep zij in haar eerste jaar stage bij het Preventieproject Spelvoorlichting van Stichting Spel aan Huis in Den Haag. Gedurende haar studietijd en de jaren erna was zij actief in diverse commissies en het (Stichtings-) bestuur van de L.V.V.S. Augustinus en van de Leidse Studenten Ekklesia. Zij is in 2011 benoemd tot Lid van Verdienste van de L.V.V.S. Augustinus. In het vierde jaar van de opleiding Pedagogische Wetenschappen deed zij bij het Platform Opleiding Onderwijs en Organisatie (PLATO) een haalbaarheidsonderzoek naar een schooladoptieplan in het Voortgezet Onderwijs in opdracht van de Politie regio Rotterdam Rijnmond. Bij het Ministerie van Justitie deed zij een aanvullende stage en schreef zij in opdracht van samenwerkende organisaties (Openbaar Ministerie, Raad voor de Kinderbescherming, Leerplichtzaken, politie, onderwijs en Bureau Jeugdzorg) van de Gemeente Breda het projectvoorstel voor het pilotproject Ouders Present!, een cursus voor ouders van spijbelende leerlingen. Zij was tevens werkzaam als student-assistent bij het Platform Opleiding Onderwijs en Organisatie (PLATO) aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Leiden alwaar zij na haar afstuderen in de studierichting Jeugdvoorlichting in 1999 haar loopbaan voortzette. Zij concentreerde zich in haar werkzaamheden op preventie en aanpak van schoolverzuim en was als onderzoeker en onderwijsontwikkelaar betrokken bij opdrachten van

Stichting Jeugdinformatie Nederland, Gemeente Leiden, Bureaus Halt in Tilburg en Den Bosch, het Ministerie van Justitie, Bijzonder Jeugdwerk Hollands Midden/Rotterdam en de Europese Unie. In de periode 1999–2002 was zij tevens als onderwijs- en onderzoeksassistent verbonden aan de opleiding Pedagogische Wetenschappen, Afdeling Onderwijsstudies en Jeugdstudies en betrokken bij FATE, Family and Transitions in Europe. Hierdoor werd haar interesse voor jeugdzorg vergroot. Vanaf 2002 verlegde zij haar vizier naar de jeugdzorg en was zij in de periode 2002–2003 verbonden als projectmedewerker aan het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW). In 2004 werd zij aangesteld als onderzoeker bij Cardea Jeugdzorg in Leiden voor het onderzoek naar het programma Gezin Centraal in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen en de Universiteit Leiden. Sinds 2005 is zij lid van de Programmacommissie Zorg voor Jeugd van de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie ZonMw. Vanaf 2008 is zij als docent en onderzoeker verbonden aan de Afdeling Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen en vanuit die functie momenteel voor één dag in de week gedetacheerd naar Elker Jeugd- en Opvoedhulp. Als onderzoeker is zij onder andere betrokken bij praktijkgestuurd effectonderzoek naar de geïndiceerde jeugdzorg van Elker en bij de ontwikkeling van het cliënttevredenheidsinstrument SMILEY 9–12 voor kinderen in de geïndiceerde jeugdzorg bij Cardea Jeugdzorg. Daarnaast maakt zij deel uit van het projectteam van de Academische werkplaats Zorg voor Jeugd Noord- Nederland: het Collaborative Centre on Care for Children and Youth with behavioural and emotional problems (C4Youth).

B1

Empirische bewijskracht kernelementen vraaggericht werken

Gebruikte afkortingen meetinstrumenten

AQ	Adherence Questionnaire	FES	Family Environment Scale
ADIS	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV	FNS	Family Needs Survey
BTPS	Barriers to Treatment Participation Scale	GAS	Goal Attainment Scaling
BDI	Beck Depression Inventory	HPS	Help giving Practices Scale
BASC	Behaviour Assessment System for Children – Parent Rating Scale	IFS	Impact on Family Scale
CBCL	Child Behaviour Checklist	IPSI	Inpatient Parental Satisfaction Index
CGI	Clinical Global Impressions-Improvement Scale	IAB	Inventory of Antisocial Behavior
CII	Coder Impression Inventory	MASC	Multidimensional Anxiety Scale for Children
CIS	Columbia Impairment Scale	NOSI	Nijmeegse Ouderlijke Stress Index
DPICS-R	Dyadic Parent-Child Interactive Coding System-Revised	PSI	Parenting Stress Index
ECBI	Eyberg Child Behaviour Inventory	PDR	Parent Daily Report
FACES II	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales	PMI	Parent Motivation Inventory
FCBS	Family Centred Behaviour Checklist	PCAS	Personal Control Appraisal Scale
FCP	Family-Centred Practices Scale	QOLI	Quality of Life Interview
FEQ	Family Engagement Questionnaire	RDI	Research Diagnostic Interview
		RFI	Risk Factors Interview
		SCL 90	Hopkins Symptom Checklist
		TEI	Treatment Evaluation Inventory
		VGF	Vragenlijst Gezinsfunctioneren

Auteurs	Interventie	Type onder- zoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
reviews m.b.t. participatie, i.h.b. vijfde niveau participatieladder: betrokkenheid (N = 2)							
(Hoagwood, 2005)	Gezinsgerichte hulpverlening;	NE-E	Systematische review;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken beschikbare kennis over de relatie tussen gezinnen en hulpverlening; 	N = 40 (studies);	<ul style="list-style-type: none"> Studies van interventies voor gezinnen in de rol van ontvangers; Studies van interventies voor gezinnen in de rol van co-therapeut; Studies van kernprocessen van betrokkenheid (therapeutische alliantie, betrokkenheid, empowerment, verwachtingen en keuzes); 	<ul style="list-style-type: none"> Er zijn te weinig goed uitgevoerde wetenschappelijke studies van gezinsgerichte interventies in de jeugdzorg om te kunnen concluderen dat door deze interventies klinische uitkomsten verbeteren. De range van uitkomsten die getoetst worden in de studies wordt te smal benaderd om een goed beeld te kunnen vormen van de impact van gezinsgerichte interventies. Processen van betrokkenheid en empowerment verbeteren retentie, tevredenheid en actieve participatie.
(Hair, 2005)	Residentiële zorg;	NE-E	Review;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken hoe het residentieel opgenomen kinderen vergaat na ontslag; Bepalen welke factoren de waarschijnlijkheid vergroten van positieve individuele verandering en verandering in het systeem van de jeugdigen na het ontslag uit de residentiële zorg; 	N = 18 (studies);	<ul style="list-style-type: none"> Studies naar uitkomsten van residentiële zorg (direct bij beëindiging en follow up) 	<ul style="list-style-type: none"> Residentiële zorg kent veelbelovende resultaten voor jeugdigen met ernstige problemen. Veranderingen na ontslag hangen af van betrokkenheid van familie, steun uit de gemeenschap en nazorg.

Auteurs	Interventie	Type onder- zoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
reviews m.b.t. participatie, i.h.b. zesde niveau participatieladder: participatie (N = 3)							
(Barlow & Coren, 2000)	Groepsgerichte opvoedprogramma's	E	Meta-analyse;	• Evalueren van de effectiviteit van groepsgerichte opvoedprogramma's op het verbeteren van de psychosociale gezondheid van moeders;	N = 26 (studies);	<ul style="list-style-type: none"> • Depressie; • Angst en stress; • Zelfvertrouwen; • Sociale steun; • Partnerrelatie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opvoedprogramma's hebben positieve invloed op depressie, angst/stress en zelfvertrouwen van moeders. • De rol van de groepsleider is van belang voor het volhouden van het programma door de deelnemers, voor het faciliteren van een atmosfeer die gekenmerkt wordt door openheid, vertrouwen, respect, begrip en ondersteuning. En voor het voorbeeld geven van empathie, eerlijkheid, respect, humor, enthousiasme, flexibiliteit en warmte. Door een gebrek aan aandacht voor dergelijke factoren in de studies, is het niet mogelijk om te toetsen of de afwezigheid van positieve verandering bij cliënten veroorzaakt werd door de inhoud van het programma of door de wijze waarop het programma werd aangeboden.
(Shirk & Karver, 2003)	Kinder- en adolescenten-therapie;	NE	Meta-analyse;	• Onderzoeken van verbanden tussen variabelen van de therapeutische relatie en uitkomsten van de behandeling van therapie voor kinderen en adolescenten;	N = 23 (studies);	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische relatie; • Diverse uitkomstmaten; 	<ul style="list-style-type: none"> • De therapeutische relatie is gerelateerd aan uitkomsten van verschillende types en vormen van behandeling van kinderen vergelijkbaar met dit verband in de behandeling van volwassenen. • Het verband is sterker voor kinderen met externaliserende problematiek dan voor kinderen met internaliserende problematiek. Dit zou veroorzaakt kunnen zijn door de vorm van behandeling (individueel of PMT). • Verband tussen therapeutische relatie en behandeluitkomsten wordt niet gemiddeld door behandelkenmerken: de therapeutische relatie zou zodoende als een niet-specifieke factor beschouwd kunnen worden. • Een sterker verband later in de behandeling gemeten dan vroeg in de behandeling gemeten. • Geen reden om aan te nemen dat de therapeutische relatie een voorspellende waarde heeft. • Verslaglegging door professionals laat sterkere verbanden zien dan verslaglegging door patiënten.

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
(Nock & Ferriter, 2005)	Psychotherapie voor kinderen	E	Empirische review;	<ul style="list-style-type: none"> Voorzien in een conceptueel versterkende en empirische review van aanwezigheid in en actieve deelname aan therapie voor kinderen met de nadruk op de rol die ouders spelen en de barrières die zij ervaren in het bijwonen van de behandeling en het bijdragen aan de uitvoering van de behandeling; 	N = 12 (studies);	<ul style="list-style-type: none"> Aanwezigheid; Actieve deelname; Diverse uitkomstmaten; 	<ul style="list-style-type: none"> Er zijn geen gestandaardiseerde instrumenten beschikbaar om actieve deelname (treatment adherence) en motivatie in therapie voor kinderen te meten. Gemiste bijeenkomsten en voortijdige uitval zijn negatief gerelateerd aan uitkomsten. Motivatiebevorderend hulpverlenend handelen vergroot participatie van cliënten.
de vraag centraal (N = 3)							
(Conoley e.a., 2003)	Oplossingsgerichte Gezinstherapie (Solution-Focused Family Therapy (SFFT));	PE	N = 1 studie multiple baseline;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van de effectiviteit van SFFT; 	N = 3 (kinderen in de leeftijd 8-9 jaar);	<ul style="list-style-type: none"> Dagelijkse gebeurtenissen (PDR); Gedrag kind (BASC); 	<ul style="list-style-type: none"> Het concentreren op de behoeften en daar de oplossingen bij zoeken, helpt kinderen met een oppositionele, gedragsstoornis.
(Simeonsson, Bailey, Huntington, & Brandon, 1991)	Gezinsgerichte vroegtijdige interventie;	PE	Evaluatie van de implementatie van een gezinsgericht interventie-model in een systeem voor vroegtijdige interventie;	<ul style="list-style-type: none"> Verkennen van de toepasbaarheid van de Goal Attainment Scaling benadering als een instrument voor planning en evaluatie in vroegtijdige interventieprogramma's; 	N = 23 gezinnen (kinderen en hun gezinnen);	<ul style="list-style-type: none"> Doelrealisatie (GAS); Behoeften van het gezin (FNS); Impact op het gezin (IFS); 	<ul style="list-style-type: none"> Doelrealisatie correspondeert met een afname van vragen bij cliënten en met impact op het gezinsfunctioneren. Een voorwaarde voor het werken met de GAS methode is de betrokkenheid van cliënten.
(Damen & Veerman, 2004)	Intensieve gezinshulpverlening,	PE	Programma evaluatie;	<ul style="list-style-type: none"> Meten van de effectiviteit van de behandeling; 	N = 82 (kinderen in de leeftijd van 12 jaar en hun gezinnen)	<ul style="list-style-type: none"> Opvoedingsstress (NOSI); Gedragsproblemen (CBCL); Gezinsfunctioneren (VGF); Tevredenheid; 	<ul style="list-style-type: none"> De interventiecomponenten (probleemgerichtheid, contextgerichtheid en cliëntgerichtheid) voorspellen de uitkomstcomponenten (verbetering ouderfunctioneren moeder, ervaren effectiviteit gezinsbegeleider; verbetering ouder- kindinteractie; ervaren effectiviteit ouder).

Auteurs	Interventie	Type onder- zoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Utkomsten
participatie i.h.b. vijfde niveau participatieladder: betrokkenheid (N = 9)							
(Baker & Blacher, 1993)	Residentieële zorg;	NE	Longitudinaal;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van de niveaus en typen betrokkenheid van gezinnen, inclusief gedrags- en emotionele dimensies; Onderzoeken van onthechting, afname van betrokkenheid van het gezin, cross-sectioneel over de eerste twee jaar na plaatsing; Onderzoeken van de relatie tussen betrokkenheid van het gezin na plaatsing en faciliteiten en geboden kansen voor betrokkenheid; 	<p>N = 62 (gezinnen met een verstandelijk beperkt kind in de leeftijd van 2 tot 17 jaar (M = 10,9; SD = 3,9))</p>	<ul style="list-style-type: none"> gedrags- en emotionele dimensies van betrokkenheid van het gezin(interviews); 	<ul style="list-style-type: none"> Gezinnen van welke het kind niet langer dan 2 jaar in de residentieële instelling verbleef, deden verslag van een hoge mate van betrokkenheid (minimaal maandelijks bezoek, de helft van deze groep had wekelijks telefonisch contact, driekwart had de meest recente behandelplanning bespreking bijgewoond en driekwart deed verslag van hoge mate van gehechtheid met het kind). Beperkte aanwijzingen voor onthechting. Een op de vijf respondenten doet verslag van sterker wordende gehechtheid. Betrokkenheid is sterk gerelateerd aan kenmerken van de instelling en mogelijkheden en kansen om betrokken te zijn bij de behandeling.
(Blacher & Baker, 1994)	Residentieële zorg;	PE	follow-up studie;	<ul style="list-style-type: none"> Verkennen van gedragsdimensies van betrokkenheid van het gezin en onthechting over de tijd; Verkennen van aanpassing van het gezin na plaatsing; 	<p>N = 55 (gezinnen met een verstandelijk beperkt kind, leeftijd, M = 10,7; SD = 4,0);</p>	<ul style="list-style-type: none"> betrokkenheid van ouders en aanpassing van het gezin na plaatsing (interviews); 	<ul style="list-style-type: none"> Geen vermindering van betrokkenheid (d.w.z. geen afname van gehechtheid).
(Tam & Ho, 1996)	Residentieële zorg;	NE	survey	<ul style="list-style-type: none"> Toetsen van de ontslagbesluitvorming en de factoren die hiermee samenhangen; 	<p>N = 877 (kinderen met een gemiddelde leeftijd van 6,9 jaar);</p>	<ul style="list-style-type: none"> diverse meetbegrippen (Gestructureerde vragenlijst met vier categorieën variabelen: kenmerken bij intake, lichamelijke en gedrags- en emotionele aanpassing van het kind, plaatsingsplanning en hulpverleningsstrategieën, gezinskenmerken); 	<ul style="list-style-type: none"> Ouderlijke betrokkenheid blijkt van invloed op de plaatsing na residentieel verblijf van het kind terug in het gezin.

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
(Brinkmeyer, Eyberg, Nguyen, & Adams, 2004)	Residentiele psychiatrische zorg	NE	single group design;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van tevredenheid en betrokkenheid in de residentiele behandeling en uitkomsten na negen maanden van kinderen en adolescenten in een residentiele instelling voor kortdurende psychiatrische zorg; 	N = 47 (kinderen en adolescenten in de leeftijd van 7 tot 17 jaar);	<ul style="list-style-type: none"> gedragsproblemen (CBCL); gezinsetrokkenheid (FEQ); ouderlijke tevredenheid (IPS); follow-up situatie (follow-up vragenlijst); 	<ul style="list-style-type: none"> Ouderlijke tevredenheid is positief gerelateerd aan betrokkenheid van ouders door professionals gescoord. Tevredenheid met eerdere residentiele zorg voorspelt de tevredenheid met de onderhavige behandeling.
(Reid, Webster-Stratton, & Baydar, 2004)	Incredible Years Parent Training Program;	E	Randomized controlled trial;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van ouder en kind moderatoren, effecten van betrokkenheid in het programma en voorspellers van betrokkenheid (gedefinieerd als het aantal bijgewoonde sessies, het percentage gemaakt huiswerk en actieve deelname aan groepsdiscussies); 	N = 882 (waarvan 86 kinderen jonger dan 5 jaar);	<ul style="list-style-type: none"> Gedrag kind (ECBI); Ouder kind interactie (DIPICS-R); (CII); Programma betrokkenheid; Programma deelname; 	<ul style="list-style-type: none"> Betrokkenheid in het programma vermindert gedragsproblemen zoals gesignaleerd door observanten, niet door de moeders. Dit effect is gerelateerd aan afname van gebrekkige opvoeding.
(Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu, & Sigman, 2006)	Gezinsgerichte cognitieve gedragstherapie;	OE	Experimenteel (pre- mid- en post treatment);	<ul style="list-style-type: none"> Vergelijken van gezinsgerichte gedragstherapie met traditionele kindgerichte gedragstherapie met minimale betrokkenheid van het gezin voor kinderen met angststoornissen; 	N = 40 (klinisch angstige jeugdigen 6-13 jaar, gemiddeld 9,13 jaar);	<ul style="list-style-type: none"> Angst stoornissen (ADIS-C/P); Klinische vooruitgang (CGI); Angst (MASC); 	<ul style="list-style-type: none"> De vooruitgang na gezinsgerichte behandeling is groter dan na de niet-gezinsgerichte behandeling. De verandering in angstsymptomen gerapporteerd door ouders is tevens groter.

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
(Dickerson Mayes e.a., 2001)	Kinderspsychiatrie;	PE	single group design;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van variabelen de samenhangen met uitkomsten van plaatsingen in de van kinderspsychiatrie; Bepalen wat de relatie is tussen de vooruitgang van de patiënt na opname en onafhankelijke variabelen zoals patiënt-, gezins- en behandelkenmerken; 	N = 110 (kinderen 2-13 jaar oud opgenomen in een psychiatrische zorgeenheid);	<ul style="list-style-type: none"> vooruitgang in opname (CIS); follow-up uitkomsten (CIS); kindkenmerken; gezin kenmerken; behandelingsvariabelen (inclusief betrokkenheid van ouders tijdens opname (percentage dagen in de plaatsingsperiode dat één of meer ouders aanwezig waren); 	<ul style="list-style-type: none"> Ouderlijke betrokkenheid bij aanvang van de opname bleek niet gerelateerd aan uitkomsten.
(Bagner & Eyberg, 2003)	Parent-child interaction therapy (PCIT)	OE	Quasi-experimenteel;	<ul style="list-style-type: none"> Toetsen van de invloed van betrokkenheid van de vader op de uitkomsten van PCIT; 	N = 107 (gezinnen met 3- tot 6-jarige kinderen die gestart zijn met de behandeling);	<ul style="list-style-type: none"> (DSM-III-R structured interview for disruptive behaviour disorders); (DISC-IV-P); (Peabody Picture Vocabulary Test); (Wonderlic Personnel Test); Gedrag kind (ECBI); Depressie (BDI); Opvoedingsstress (PSI); 	<ul style="list-style-type: none"> Als vaders aangemoedigd worden en de kans geboden worden om betrokken te zijn in de behandeling, dan tonen ze in gelijke mate betrokkenheid als moeders. De aanwezigheid van vaders is niet gerelateerd aan de uitkomsten van de behandeling.
(Robinson, Kruzich, Friesen, Jivanjee, & Pullmann, 2005)	Uithuisplaatsing	PE	Nationale survey;	<ul style="list-style-type: none"> Analyseren van de reactie van ouders waarbij recentelijk sprake was van de uithuisplaatsing van kinderen met behandelingsdoelinden; 	N = 489 (kin deren en adolescenten in de leeftijd van 3 tot 23 jaar, M = 15,9, SD = 3,4)	<ul style="list-style-type: none"> (Focus groepen); (vragenlijsten); 	<ul style="list-style-type: none"> Het contact tussen ouders en kinderen wordt door instellingen beperkt in het bijzonder in de periode na opname.

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
participatie, i.h.b. zesde niveau participatieladder: participatie (N = 13)							
(Littell, 2001)	Intensive Family Preservation Services (FPS)	NE	single group design, met meerdere observaties over de tijd: tijdens FPS en follow-up na één jaar;	<ul style="list-style-type: none"> • Verwerven van beter begrip van de processen van FPS die de uitkomsten verklaren en vergroten; 	N = 2194 (waarvan 56 gezinnen met een kind jonger dan 2 jaar);	<ul style="list-style-type: none"> • De mate waarin de primaire verzorger samenwerkte in het opstellen van het behandelplan, het eens was met het behandelplan, initiatief nam voor contact, zich aan geplande afspraken hield en taken voldoende maakte en samenwerkte in de behandeling (Service summary form); • Kindermishandeling en verwaarlozing; 	<ul style="list-style-type: none"> • Meer samenwerking in de behandelplanning voorspeelt het zich houden aan geplande afspraken.
(Kazdin, Holland, & Crowley, 1997)	Cognitive problem-solving training (PSST) en parent management training (PMT)	NE	Vierjarige prospectieve studie;	<ul style="list-style-type: none"> • Voorzien in beperkingen in onderzoek en benoemen van factoren die geassocieerd zijn met participatie in behandeling die uitval voorspellen 	N = 242 (kinderen in de leeftijd van 3–14 jaar, M = 8,5; SD = 2,7);	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnoses (RD); • Kind-, ouder- en gezinskenmerken; • Opvoedingsstress (PSI); • Barrières voor behandelparticipatie (BTPS); 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënten die voortijdige uitvallen ervaren in significant hogere mate barrières voor behandelparticipatie (waaronder stressfactoren en belemeringen om naar de behandeling te komen, perceptie dat behandeling niet relevant is en een zwakke relatie met de therapeut) dan cliënten die de behandeling voltooiden. • Ervaren barrières gedurende de behandeling voorspellen, gecontroleerd voor andere kind-, ouder- en gezinskenmerken, voortijdige uitval. • Barrières voor behandelparticipatie hebben een medierende rol in relatie tot risicofactoren bij opname. Resultaten gaan op voor zowel de evaluatie door de ouder- als de professional.
(Kazdin & Wassell, 1999)	Cognitive problem-solving training (PSST) en parent management training (PMT)	NE	Prospectieve studie;	<ul style="list-style-type: none"> • Toetsen van de rol van ervaren barrières voor behandelparticipatie als voorspeller van therapeutische verandering bij gezinnen die de behandeling gevolgd hebben; 	N = 200 (kinderen van 3–13 jaar (M = 7,9; SD = 2,7), verwezen vanwege oppositioneel, agressief, en antisociaal gedrag en hun gezinnen);	<ul style="list-style-type: none"> • Depressie (BDI); • Symptomen (SCL-90); • Risicofactoren (RFI); • Opvoedingsstress (PSI); • Barrières voor behandelparticipatie (BTPS); • Behandel participatie (aanwezigheid); • Antisociaal gedrag (interview for antisocial behaviour); • Dagelijkse gebeurtenissen (PDR); • Gedragsproblemen (CBCL); 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociaal economische achterstand, ouderlijke psychopathologie en stress en disfunctioneren van het kind voorspellen therapeutische verandering. • Barrières voor behandelparticipatie vertonen, gecontroleerd voor andere voorspellers, significant verband met therapeutische verandering. • In hogere mate ervaren van barrières voor behandelparticipatie doet de mate van therapeutische verandering afnemen. • Bij kinderen met het risico op weinig therapeutische verandering, werkt de ervaring van weinig barrières voor behandelparticipatie als een protectieve factor.

Auteurs	Interventie	Type onder- zoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
(Kazdin, 2000)	Cognitive problem-solving skills training (PSST) en parent management training (PMT)	NE	Prospectieve studie;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van de rol van ervaren barrières en de acceptatie van behandeling onder kinderen en ouders; 	N = 144 (kinderen van 6-14 jaar (M = 9,8; SD = 1,7) met gedragsproblemen);	<ul style="list-style-type: none"> Acceptatie van de behandeling (Child Evaluation Inventory, Parent Evaluation Inventory); Barrières voor behandelparticipatie (BTPS); Depression (BDI); Symptomen (SCL-90); Opvoedingsstress (PSI); Disfunctioneren kind (RDI); Antisociaal gedrag (Interview for Antisocial Behavior); Dagelijkse gebeurtenissen (PDR); Gedragsproblemen (CBCL); 	<ul style="list-style-type: none"> Ervaren barrières in behandelparticipatie voorspellen, gecontroleerd voor andere kenmerken, acceptatie van de behandeling (de mate van toepasbaarheid van de behandeling en ervaren effectiviteit). De acceptatie van de behandeling is gerelateerd aan therapeutische verandering. Gezinnen variëren in het ervaren van barrières in behandelparticipatie gedurende de behandeling, dit is van invloed op de mate van acceptatie van de behandeling.
(Kazdin & Wassell, 2000)	Cognitive problem-solving skills training (PSST) en parent management training (PMT)	NE	Prospectieve studie;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken of ouderkenmerken de ervaren barrières voor behandelparticipatie voorspellen; Onderzoeken of barrières voor behandeling en therapeutische verandering gedeelde voorspellers kennen; Onderzoeken of barrières voor behandeling de therapeutische verandering voorspellen; 	N = 169 (kinderen van 2-14 jaar, verwijzen voor oppositioneel, agressief, antisociaal gedrag);	<ul style="list-style-type: none"> Depressie (BDI); Symptomen (SCL-90); Risicofactoren (RFI); Opvoedingsstress (PSI); Kwaliteit van leven (QOLI); Gezinsomgeving (FES); Ervaren Steun (Sense of Support Scale); Disfunctioneren kind (RDI); Barrières voor behandelparticipatie (BTPS); Antisociaal gedrag (IAB); Dagelijkse gebeurtenissen (PDR); Gedragsproblemen (CBCL); 	<ul style="list-style-type: none"> Hogere niveaus van psychopathologie en lagere niveaus van kwaliteit van leven voorspellen ervaren barrières van behandelparticipatie door ouders en therapeutische verandering van kinderen. Barrières voor behandelparticipatie houden, gecontroleerd voor andere kenmerken, verband met therapeutische verandering. Naarmate er sprake is van een toename van barrières, neemt de mate van therapeutische verandering af. Relevantie van de behandeling ervaren door ouders en ervaren eisen van de behandeling dragen significant bij aan therapeutische verandering.
(Kazdin, Whitley, & Marciano, 2006)	Therapeutisch alliantie in een evidence-based behandelprogramma (problem-solving skills training (PSST) voor het kind en parent management training (PMT) voor de ouder)	NE	Survey;	<ul style="list-style-type: none"> Evalueren van de therapeutische alliantie en de relatie met therapeutische veranderingen in de kinderen; 	N = 77 (kinderen in de leeftijd van 6-14 jaar (M = 9,6; SD = 1,8));	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutische alliantie (Therapeutic Alliance Scale for Children); Samenwerking (Working Alliance Inventory); Depressie (BDI); Symptomen (SCL-90); Opvoedingsstress (PSI); (RDI); 	<ul style="list-style-type: none"> De kind-therapeut en de ouder-therapeut allianties hangen samen met therapeutische verandering van kinderen. Ouder-therapeut alliantie hangt samen met verbeteringen in opvoedvaardigheden en interacties in de thuissituatie. Kind en ouderevaluaties consistent en robuustere bevindingen van alliantie in relatie tot uitkomsten dan therapeutevaluaties. De gevonden samenhang kan niet verklaard worden door andere kenmerken.

Auteurs	Interventie	Type onder-zoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
(Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005)	Therapeutisch alliantie in cognitieve gedragstherapie (CBT) (PSST + PMT)	NE	Evaluatie;	<ul style="list-style-type: none"> Evalueren van kind-therapeut en ouder-therapeut alliantie in een evidence based behandeling; 	<p>N = 185 (3–14 jaar, gemiddelde leeftijd 7,2; SD = 2,6);</p>	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutische alliantie (Therapeutic Alliance Scale for Children); Samenwerking (Working Alliance Inventory); Vooruitgang (Treatment Improvement Scale); Barrières voor behandelparticipatie (BTPS); Behandelevaluatie (TEI, children en parents); Onderwijs en werkniveau van het gezin; 	<ul style="list-style-type: none"> Hoe positiever de kind-therapeut en de ouder-therapeut allianties (overeenstemming tussen therapeut en ouders over taken en de relevantie in de therapie, wederzijdse bevestiging van de doelen of uitkomsten van de behandeling, positieve band, acceptatie en vertrouwen in de samenwerkingsrelatie), des te groter de therapeutische verandering van kinderen, des te minder ervaren barrières in behandelparticipatie en des te meer acceptatie van ouders en kinderen van de behandeltechnieken. Meer consistente en sterkere verbanden werden gevonden op basis van de kind en ouder evaluaties van alliantie dan de evaluatie van therapeuten.
(Kruzich, Jivanjee, Robinson, & Friesen, 2003)	Residentiele zorg	NE	cross sectionale studie;	<ul style="list-style-type: none"> Identificeren van opvoederskenmerken en de mate van participatie in de behandeling van hun kinderen alsmede hun ervaren barrières voor en ondersteuning in hun participatie; 	<p>N = 102 (ouders of verzorgers van kinderen van 0 tot 20 jaar (M = 14,1; SD = 3,1) die 3 maanden thuisbegeleiding of een periode van 30 aaneengesloten dagen residentiele zorg ontvangen hebben voor emotionele, gedrags- of mentale problemen);</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gezinsparticipatie in de behandeling, contact tussen ouders en kinderen en betrokkenheid in de behandelplanning (questionnaire); cliënttevredenheid; 	<ul style="list-style-type: none"> Jongere kinderen hadden meer contact met hun gezinnen, evenals kinderen die in instellingen verbleven dichterbij huis. Ouders die verslag deden van minder contact, waren minder tevreden met de hoeveelheid contact die er was. Als barrière voor behandelparticipatie in de categorie instellingskenmerken, werd het gebrek aan communicatie tussen stafleden in verschillende programma's genoemd. Als barrière in de categorie gezinsomstandigheden werd de afstand naar de zorgverlener het meest genoemd. Dit was tevens de barrière waar de meeste hinder van werd ondervonden. Het aanstellen van een contactpersoon was de meest genoemde participatiebevorderende factor voor participatie. Als participatiebevorderende factor werd de mededeling als er iets niet in orde was of als er zorgen waren rondom het kind, genoemd. De ervaring van meer barrières hangt samen met minder contact met het kind, lagere mate van participatie in behandelplanning en minder tevredenheid met de hoeveelheid contact.

Auteurs	Interventie	Type onder- zoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
(Nock & Kazdin, 2005)	Participatie-bevorderende Interventie (PEI; een korte interventie om de participatie in Parent Management Training te bevorderen)	E	Randomized controlled trial;	• Ontwikkelen en evalueren van een korte interventie ontworpen om de motivatie van ouders en participatie (blijwonen en actief deelnemen aan) de behandeling te vergroten;	N = 76 (leeftijd 2–12 jaar (M = 6,7 jaar; SD = 2,3));	<ul style="list-style-type: none"> • Motivatie ouders (PMI); • Aanwezigheid; • Actieve deelname (AQ); 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van een verband tussen PEI en een significant: grotere motivatie van ouders, significant grotere deelname aan de behandeling; hogere mate en hogere kwaliteit van actief deelnemen aan de behandeling gerapporteerd door ouders en therapeuten. Motivatie van ouders speelt een medierende rol in de relatie tussen PEI en actieve betrokkenheid in de behandeling.
(Landsman, Groza, Tyler, & Malone, 2001)	REPAIR: een gezinsgericht demonstratie project voor residentiële behandeling	OE	Quasi experimenteel met een ongelijke controle groep, met meerdere observaties over de tijd;	• Beschrijven van een profiel van de steekproef en kernelementen van het behandelingsmodel, alsmede een vergelijking van de uitkomsten van de REPAIR groep en de vergelykingsgroep;	N = 139 (kinderen in residentiële zorg) (82 in de REPAIR groep en 57 in de vergelykingsgroep) (4,7–14 jaar oud, gemiddelde leeftijd = 10 jaar);	<ul style="list-style-type: none"> • Gedragsproblemen (CBCL); • Kindgedrag (observational instrument om kindgedrag te meten onafhankelijk door de staf en een ouder ingevuld); • Aanpassingsvermogen en cohesie van het gezin (FACES II); • Welzijn van het kind (Child Well-Being Scales – Parental Disposition Subscale); • Sociaal netwerk (Social Network Map); 	<ul style="list-style-type: none"> • De gezinsgerichte benadering (REPAIR model) was meer succesvol dan reguliere residentiële zorg in het bereiken van stabiele uitkomsten voor kinderen over de tijd. Het contact met gezinnen werd vergroot en de tijd in verblijf verkort.
(Singh & Curtis, 1997)	Ouderbegeleiding;	NE	Sample studie;	• Onderzoeken van de mate van empowerment in relatie tot meerdere gezins- en demografische kenmerken;	N = 228 (ouders van kinderen gemiddelde leeftijd 13,3 (SD 4,5) met SED of SED en ADHD gecombineerd);	<ul style="list-style-type: none"> • Gezins empowerment (Family Empowerment Scale); 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouderbegeleiding (parent support group) is van invloed op de mate van empowerment van gezinnen. Ouders met kinderen met een emotionele stoornis en ADHD ervaren meer empowerment dan ouders met kinderen met alleen een emotionele stoornis. • Moeders doen verslag van hogere mate van empowerment dan vaders. • Opleidingsniveau is van invloed op de mate van empowerment: hoe lager opgeleid hoe meer ervaren empowerment.

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
(Dunst, Boyd, Trivette, & Hamby, 2002)	Gezinsgeoriënteerde programma's	NE		<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van de relatie tussen gezinsgeoriënteerde modellen die gebruikt worden door verschillende programma's en twee hulpverleningscomponenten: activiteiten met het oog op de relatie en op participatie; 	<p>N = 214 (moeders en vaders van kinderen met (het risico op) ontwikkelingsachterstand van 0 tot 6 jaar);</p>	<ul style="list-style-type: none"> Help giving practices (HPS); Gezinsgerichte hulpverleningsactiviteiten (FCP); 	<ul style="list-style-type: none"> Hulpverleners in professioneel gerichte programma's werden beoordeeld als zwak in het gebruik van activiteiten met het oog op de relatie en op participatie. Variaties in het programma model zijn gerelateerd aan verschillen in hulpverlenend handelen gericht op participatie. Ouders die deelgenomen hebben aan gezinsgecentreerde programma's geven eerder aan dat hulpverleners hulpverleningsgedrag tonen dat actieve participatie van de ouders bevordert.
(Koren & Paulson, 1997)	Behandelcoördinatie kinder en jeugd geestelijke gezondheidszorg	PE	Empirische verkenning;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van de relatie tussen gezinsparticipatie en zorgcoördinatie; 	<p>N = 266 (kinderen in de leeftijd van 5–18 jaar (M = 11.7), emotionele stoornis, DSM-III-R diagnose);</p>	<ul style="list-style-type: none"> (Interview); Behandelcoördinatie (Service Coordination Scale); Gedragsproblemen (CBCL); 	<ul style="list-style-type: none"> Significant negatief verband tussen de ernst van de problematiek en de mate van zorgcoördinatie. Geen significante verbanden tussen aantal behandelingen, zorgaanbieders of sectoren en zorgcoördinatie. Het type instelling dat de zorg voor het behandelplan had, is van invloed op de ervaren coördinatie tussen instellingen. Geestelijke gezondheidszorg en onderwijsorganisaties neigen naar een focus op een beperkt aantal zorgbehoeften en zijn over het algemeen minder geneigd om breed case management aan te bieden. Gezinnen die in een hogere mate participeren ervaren in hogere mate zorgcoördinatie. Gezinsleden die een sterke actieve rol in de behandelplanning spelen bevorderen coördinatie door de zorgverleners. Zorgcoördinatie heeft een sterker verband met de overall tevredenheid dan betrokkenheid en tevredenheid met individuele behandelingen.

Auteurs	Interventie	Type onder- zoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Utkomsten
vraaggerichte houding hulpverlener (N = 4) (Petr & Allen, 1997)	Zorg voor ouders met kinderen beperkingen of emotionele en gedragsproblemen;	NE	National survey;	<ul style="list-style-type: none"> Validering van de Family-Cantered Behaviour Scale (FCBS); 	N = 443 (ouders/verzorgers van kinderen in de leeftijd van 0–20 jaar; waarvan 126 ouders/verzorgers van kinderen met ernstige emotionele problemen);	<ul style="list-style-type: none"> gezinsgecentreerde hulpverlening (FCBS); 	<ul style="list-style-type: none"> Ouders van kinderen met emotionele problemen achten luisteren, met respect behandelen, beschouwd worden als teamleden, geconsulteerd worden bij besluitvorming en informatie verlenen als de vijf belangrijkste aspecten in het hulpverlenend handelen. Als meest voorkomend hulpverlenend handelen worden genoemd het niet veroordelen omdat ouders anders zijn dan de professional, in begrijpelijke bewoording spreken, niet verwijten, geen kritiek uiten en met respect behandelen. De discrepantie tussen wat door ouders gewenst is in het hulpverlenend handelen en de daadwerkelijke hulpverlening is het grootst voor het zo gemakkelijk mogelijk verkrijgen van aanvullende hulp, het helpen met het verkrijgen van hulp van familie, vrienden en omgeving, informatie verkrijgen, nagaan of het gezin z'n rechten begrijpt en duidelijk maken dat het gezin niet de professional verantwoordelijk is voor de besluitvorming over wat er met het kind en het gezin gebeurt. Professionals die hulpverlenen aan gezinnen met kinderen met emotionele problemen deden dit minder gezinsgecentreerd dan de hulpverleners die andere doelgroepen bedienden (gehandicapten zorg bijvoorbeeld).
(Friesen, Koren, & Koroloff, 1992)	Interventies voor ouders van kinderen met emotionele stoornissen;	PE	Steekproef;	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van de relatie tussen gezinskenmerken en type hulpverlener, het verband tussen hulpverleningsgedrag dat door ouders als belangrijk getypeerd wordt en type hulpverlener, het verband tussen het voorkomen van verschillende hulpverleningsgedragingen waar verslag van gedaan wordt en het type hulpverlener, en de mate waarin verwachtingen van ouders uitkomen in relatie tot het type hulpverlener; 	N = 900 (ouders van kinderen met emotionele stoornissen);	<ul style="list-style-type: none"> Vragenlijst met betrekking tot een brede range aan onderwerpen: impact van de beperking van het kind op het gezinsleven, type interventies waar gebruik van gemaakt is, de behoefte van ouders aan informatie en hun ervaringen in het verkrijgen van informatie, zorgbehoeften en beschikbaarheid van hulp, bronnen van informele hulp, relaties met professionals, en diverse transities; 	<ul style="list-style-type: none"> Ouders met een laag inkomen en een laag opleidingsniveau werken vaker samen met een maatschappelijk werker, een leerkracht of een counselor. Ouders met hogere opleiding en hoger inkomen werken vaker samen met een psychiater of psycholoog. Er zijn weinig verschillen tussen de verschillende professies in het belang dat ouders aan hulpverlenersgedrag hechten. Eerlijkheid werd zeer belangrijk geacht, maar er werd door ouders beperkt verslag van gedaan als veel voorkomend. Specifiek in de samenwerking tussen ouders en psychologen en psychiaters is in het bieden van goede evaluatie eveneens sprake van discrepantie tussen wat ouders verwachtten en wat daadwerkelijk geboden werd. Dit geldt ook voor het verstrekken van informatie over hulpbronnen.

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Design	Doel	Steekproef	Meetbegrippen en meetinstrumenten	Uitkomsten
(Solomon, Evans, Delaney, & Malone, 1992)	Nazorg;	PE		<ul style="list-style-type: none"> • Meten van de kwaliteit van hulpverlener-gezinsinteractie, onderzoeken van (persoons-)kenmerken van de professionals die zich bezig houden met het leveren van nazorg aan kinderen/adolescenten en hun gezinnen die recentelijk ontslagen zijn uit residentiële psychiatrische zorg. 	<p>N = 62 (kinderen in de leeftijd 7,8–17,8 jaar, gemiddeld 14,7 jaar oud);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteiten van de professional (the Personal en Professional Therapist Qualities en Characteristic Rating Form); 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënten beschouwen een goede zorgverlener als iemand die zorgvuldig luistert, helpt om concrete en werkbare doelen te stellen, de cliënt respecteert als partner in de behandeling, informeert en deskundigheid toont. Meer dan de helft van de professionals twijfelt eraan deze kwaliteiten te bieden.
(Trivette e.a., 1995)	Vroegtijdige interventies en welzijnsprogramma's;	NE	Survey;	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeken van de oorzaak van variaties in het oordeel van ouders over de hulpverlening van professionals van vroegtijdige interventie programma's; • Onderzoeken van de mate waarin kind, ouder en gezinskenmerken, programmakekenmerken en hulpverleningsactiviteiten (houding, overtuiging en handelingen) van invloed zijn op het gevoel van ouders om over het verwerven van de benodigde zorg en ondersteuning voor hun kind en gezin controle te hebben. 	<p>N = 280 (ouders van jonge kinderen [leeftijd onbekend] met beperkingen of met het risico op ontwikkelingsachterstand);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hulpverlening (HPS); • Ouderlijk gevoel van controle (PCAS); 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouder- of gezinskenmerken houden geen verband met hulpverleningsactiviteiten. • Hulpverleners van meer gezinsgecentreerde programma's die frequenter contact hebben met deelnemers werden positiever beoordeeld. • Deelname aan gezinsgecentreerde programma's waarin ouders frequenter contact hebben met een hulpverlener die empowerment bevordert handelen, resulteerde in een grotere mate van gevoel van controle.

B2

Toelichting instrumentarium

Vraaggericht werken: Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH)

Toelichting VEH

Het vraaggericht werken wordt bevraagd met behulp van de Vragenlijst Evaluatie Hulpverlening (VEH) die specifiek voor het onderhavige onderzoek ontwikkeld is. Kern van de VEH vormen de items waarin het vraaggericht werken concreet is uitgewerkt in houdingsaspecten van de hulpverlener en in kenmerken van vraag-gerichte hulpverlening.

In de VEH zijn twee reeds bestaande vragenlijsten in hun geheel opgenomen: de B-toets (bejegeningstoets) (Van Erve, Poiesz, & Veerman, 2006) en de BESTE (De Meyer, Janssen, & Veerman, 2004). Met het gebruik van deze beide vragenlijsten worden niet alle onderdelen van het concept vraaggericht werken zoals uitgewerkt in hoofdstuk 2 bevraagd. Om recht te doen aan het concept vraaggericht werken in de volle breedte is op basis van de literatuur (o.a. Dunst, Trivette, & Hamby, 1996; Schippers, Wehman, & Hermanns, 2005; Thoburn, Lewis, & Shemmings, 1995) de itemlijst daarom aangevuld met items ontleend aan de Family-Centered Behavior Scale (Petr & Allen, 1997).

Daarnaast is de itemlijst aangevuld met items die tegemoet komen aan de beantwoording van een aantal concrete deelvragen van het onderhavige onderzoek zoals vragen naar de locatie van de hulpverlening en de afstemming tussen gezins-begeleiding en de hulp in het logeerhuis of in de naschoolse dagleergroep.

Van de VEH bestaan meerdere varianten afhankelijk van de informant (ouder, gezinsbegeleider, coach) en afhankelijk van het type hulpverlening (intensieve gezinsbegeleiding, daghulp, residentieel verblijf).

De VEH bedoeld voor de cliënt bestaat uit respectievelijk 60 items (m.b.t. de intensieve gezinsbegeleiding) of 66 items (m.b.t. de hulp in de dagleergroep of het logeershuis). De VEH die bedoeld is voor de coach van de dagleergroep of het logeershuis bestaat uit 67 items. Ook de VEH die bedoeld is voor de gezinsbegeleider bestaat uit 67 items. De opbouw van de VEH is voor alle versies gelijk.

Het eerste deel van de VEH bestaat uit 5 items (in het geval van intensieve gezinsbegeleiding) of 7 items (in het geval van hulp in de dagleergroep of het logeershuis). Deze items hebben betrekking op de locatie van de hulpverlening, de leden van het gezin die bij de hulpverlening betrokken worden, de mening over duur van de hulpverlening, ('te kort', 'precies goed', 'te lang' (afkomstig uit de BESTE (De Meyer e.a., 2004)) en de motivatie van ouder(s) en kind bij aanvang van de hulpverlening uitgesplitst naar begeleidingsmotivatie en veranderingsmotivatie (op een schaal van 0 'laag' tot 10 'hoog'). Veranderingsmotivatie omvat de bereidheid om de problematische situatie en gedrag te veranderen. Onder begeleidingsmotivatie wordt de bereidheid verstaan om actief aan de begeleiding mee te werken.

Het tweede deel van de VEH bestaat uit 45 items (zowel in het geval van intensieve gezinsbegeleiding als in het geval van hulp in de dagleergroep of het logeershuis), die betrekking hebben op *vraaggericht werken*. Onderdeel van deze 45 items vormt de B-toets (Van Erve e.a., 2006) waarvan alle 24 items aaneengesloten in de VEH opgenomen zijn. Op deze 45 items kan geantwoord worden op een schaal van 1 'onvoldoende' tot 6 'voldoende'. De betekenis van de afzonderlijke cijfers wordt in de inleiding van de VEH uitgelegd als 'zeer slecht', 'slecht', 'twijfelachtig', 'voldoende', 'ruim voldoende', 'goed'. In tabel B1.1 zijn de subschalen van het *vraaggericht werken* en voorbeeld items weergegeven. Deze subschalen zijn op basis van de literatuur tot stand gekomen.

Het derde deel van de VEH bestaat uit 3 items die betrekking hebben op de belangrijkste *doelen* die in de hulpverlening centraal gestaan hebben (maximaal 3 doelen te vermelden), in het bijzonder de personen waarvoor doelen opgesteld zijn (kind, ouders en gezin) en de mate van doelrealisatie (op een schaal van 0 'helemaal niet gehaald' tot 10 'helemaal gehaald').

Het vierde deel van de VEH bestaat uit 4 items die de *ervaren effectiviteit* met betrekking tot het gedrag van het kind, het functioneren van het gezin, de opvoedingsvaardigheden en het inzicht van de ouder(s) bevragen en die afkomstig zijn uit de BESTE. Op deze items kan door middel van een 4-punts Likertschaal geantwoord worden ('slechter geworden', 'niet veranderd', 'iets verbeterd' en 'goed vooruitgegaan').

Het vijfde deel van de VEH wordt gevormd door 2 items die de *tevredenheid*

Tabel B1.1: Subschalen vraaggericht werken en voorbeelditems.

subschaal	aantal items	voorbeeld item Mijn gezinsbegeleider...
vraaggericht werken totaal	45	
hulpvraag centraal	3	...ging uit van mijn hulpvraag
participatie totaal	13	
geïnformeerd	3	...gaf mij informatie over welke hulpverlening mogelijk was
geraadpleegd	2	...luisterde naar mij
betrokken	2	...luisterde naar mijn ideeën over de gezinsbegeleiding
participerend	2	...paste de gezinsbegeleiding aan naar aanleiding van mijn ideeën
partnerschap	2	...zorgde ervoor dat ik zelf met oplossingen kwam
bepalend	2	...liet mij beslissen
houding	10	...toonde begrip voor mijn problemen
deskundigheid totaal	10	
deskundigheid cliënt	1	...ging uit van de dingen die ik goed kon en van de dingen die al goed gingen
deskundigheid hulpverlener	9	...had de kennis om mij te kunnen helpen
in dialoog	4	...ging na of we elkaar begrepen
gedeelde verantwoordelijkheid	2	Ik heb me ingezet om de hulp tot een succes te maken.
in leefomgeving	3	...plande bijeenkomsten op tijden die mij goed uitkwamen.

over het proces en het resultaat van de hulpverlening bevragen (op een schaal van 1 ‘erg ontevreden’ tot 5 ‘erg tevreden’).

Tot slot wordt in het geval van de VEH met betrekking tot intensieve gezinsbegeleiding in het laatste item gevraagd of er ook hulp in de dagleergroep of het logeerhuis heeft plaatsgevonden.

In de VEH's die betrekking hebben op de hulp in de dagleergroep of het logeerhuis wordt in het zesde deel van de vragenlijst door middel van 3 items de bijdrage van de afzonderlijke hulpverleningsvormen (intensieve gezinsbegeleiding en de hulp in de dagleergroep of het logeerhuis) aan het resultaat van de hulpverlening (op een schaal van 1 ‘erg ontevreden’ tot 5 ‘erg tevreden’) en de *afstemming* tussen deze hulpvormen bevraagd (op een schaal van 0 ‘geen afstemming’ en 10 ‘veel afstemming’).

De VEH wordt bij afronding van de hulpverlening aan de ouders, gezinsbegeleider en indien van toepassing aan de coach voorgelegd. Op de onderdelen van de VEH die betrekking hebben op vraaggericht werken (deel 2), de ervaren effectiviteit (deel 4) en de tevredenheid (deel 5) wordt een gemiddelde score per onderdeel berekend. In deel 2 wordt naast een overall gemiddelde tevens het gemiddelde berekend van subschalen die op basis van de literatuur tot stand zijn gekomen, te weten ‘hulpvraag centraal’ (3 items), ‘participatie cliënt’ (13 items), ‘houding hulpverlener’ (10 items), ‘deskundigheid’ (10 items), ‘in dialoog’ (4 items), ‘gedeelde verantwoordelijkheid’ (2 items) en ‘in leefomgeving’ (3 items). De items van de

overige onderdelen van de VEH (deel 1, 3 en 6) worden niet gemiddeld, maar afzonderlijk bekeken.

De VEH als geheel is niet onderzocht op psychometrische eigenschappen. Van de items in de B-toets is in eerder onderzoek (Van Erve, Poiesz, & Veerman, 2005) een indicatie verkregen van het belang dat cliënten en hulpverleners aan deze aspecten hechten. Echter naar de psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst is nog geen nader onderzoek verricht.

Intensieve Gezinsbegeleiding: Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding

De IGB die in het onderzoek onder de loep genomen wordt betreft niet-geprotocolleerde hulpverlening. Om een beeld te krijgen van de inhoud van de hulpverlening wordt de Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding (Bolt & Metselaar, 2005) door gezinsbegeleiders gehanteerd. In de verrichtingenlijst is het gedrag van hulpverleners opgedeeld in betekenisvolle eenheden, verrichtingen genoemd (Bolt & Metselaar, 2005). De verrichtingen omvatten technieken die deel uitmaken van de methodiek Intensieve Gezinsbegeleiding van Gezin Centraal (Bolt, 2006).

De Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding is geconstrueerd naar het voorbeeld van Ten Brink e.a. (1997) en bestaat uit vijf domeinen:

- A. Onderhouden van een werkrelatie (A1 t/m A7);
- B. Verzamelen van informatie (B1 t/m B14);
- C. Werken aan (gedrags)verandering (C1 t/m C14);
- D. Oplossingen vinden in de omgeving (D1 t/m D5);
- E. Taken verlichten (E1 t/m E4).

Elke verrichting is uitgewerkt in een definitie en een bijbehorende operationalisatie. De uitwerking van de verrichtingen in een operationalisatie waarbij de inhoud van de verrichting concreet gerelateerd wordt aan het professionele handelen, wordt goed gewaardeerd (Damen, 2007).

De gezinsbegeleiders hebben in de regel vrij afgebakende contactmomenten (een hulpverleningsgesprek aan huis of in de instelling) met de cliënt. Op een, bij de Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding horende, verrichtingenkaart houden gezinsbegeleiders per contact met de cliënt de meest belangrijke uitgevoerde verrichtingen bij (minimaal 3, maximaal 6 verrichtingen per contact). Daarnaast geven ze op de verrichtingenkaart per contact de starttijd, contacttijd, de wijze van

contact, de betrokkenen bij het contact en het type contact aan. De verrichtingenkaart wordt kort na ieder contact schriftelijk ingevuld.

Het werken met de Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding is in een pilot (Steetskamp, 2005) getest waarna de verrichtingenlijst tekstueel is bijgesteld. De Verrichtingenlijst IGB is een experimenteel instrument waarvan de psychometrische eigenschappen nog niet nader zijn vastgesteld.

Daghulp en Verblijf: Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf

Ook de hulpverlening in de dagleergroep en het logeerhuis betreft niet-geprotocolleerde hulpverlening. Om een beeld te krijgen van de inhoud van het hulpverlenend handelen van de pedagogische medewerkers in de dagleergroep en het logeerhuis is een Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf opgesteld (Metselaar & Doornbos, 2006). Deze verrichtingenlijst kent dezelfde structuur als de Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding, maar is inhoudelijk toegespitst op het werk van de pedagogisch medewerkers van de dagleergroep en het residentieel logeerhuis. De Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf is opgebouwd uit vier domeinen:

- A. Klimaat (A1 t/m A7);
- B. Verzamelen van informatie (B1 t/m B9);
- C. Werken aan (gedrags)verandering (C1 t/m C9);
- D. Oplossingen in de omgeving (D1 t/m D2).

Ook in de Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf is elke verrichting uitgewerkt in een definitie en een bijbehorende operationalisatie.

Het contact tussen cliënten en pedagogisch medewerkers is anders vormgegeven dan het contact tussen cliënten en gezinsbegeleiders. Pedagogisch medewerkers begeleiden kinderen in het kader van de module dagleergroep in groepsverband. En het contact met de kinderen behelst dagelijks meer dan één afgebakend bezoek of gesprek: kinderen verblijven een hele (mid)dag in de dagleergroep of het logeerhuis. Het bijhouden van verrichtingen vergt om die reden een andere aanpak dan de werkwijze bij de IGB.

De pedagogische medewerkers hebben per kalenderweek een cliëntgebonden verrichtingenkaart tot hun beschikking. Op deze verrichtingenkaart worden aan het einde van de dag op het moment dat er gerapporteerd wordt, de belangrijkste verrichtingen 'afgevinkt' die plaats hebben gehad gedurende het contact met het kind en/of de ouders (Metselaar & Doornbos, 2006). De pedagogische medewerkers worden uitgenodigd om terugdenkend aan het verloop van de (mid)dag, van het belangrijkste contact en de daarin toegepaste verrichtingen verslag te doen.

Daarnaast wordt van het contact de fase waarin de hulpverlening zich bevindt, de contacttijd, de wijze van contact, de betrokkenen bij het contact en de initiatiefnemer(s) van het contact aangekruist.

In de regel heeft elk kind in de dagleergroep of het logeerhuis een pedagogisch medewerker als mentor. Aan de pedagogisch medewerkers is gevraagd om primair hun verrichtingen bij te houden van hun hulpverlenend handelen met de kinderen waarvan zij mentor zijn. Aanvullend biedt de verrichtingenkaart aan de pedagogische medewerkers de ruimte om verslag te doen van belangrijke interventies met het kind waar de kaart betrekking op heeft, waarvan zij niet de mentor zijn, maar waar zij wel mee in contact treden in de dagleergroep of het logeerhuis.

Het werken met de Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf is in een korte pilot getest waarna de verrichtingenlijst tekstueel is bijgesteld op basis van de feedback van de pedagogisch medewerkers die deelnamen aan de pilot. De Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf is een experimenteel instrument waarvan de psychometrische eigenschappen nog niet zijn vastgesteld.

Doelrealisatie: GAS methode

De doelen die bij aanvang en afronding van de hulpverlening in het dossier worden getypeerd aan de hand van de Doelenboom (Hofman, 2006; Reith, Hofman, Stams, & Van Yperen, 2008), zodat beschreven kan worden welke typen doelen er gesteld worden.

Door middel van dossieranalyse is de doelrealisatie in kaart gebracht. In de dossieranalyse is gekeken naar de aanwezigheid van een samenwerkingsovereenkomst in het dossier, het aantal en type einddoelen dat bij aanvang van de hulpverlening is geformuleerd, de aanwezigheid van een eindverslag in het dossier, het aantal en type einddoelen dat bij afronding van de hulpverlening is geformuleerd en de mate van doelrealisatie van deze doelen. Hulpverleners en cliënten worden geacht de einddoelen bij afronding van de hulpverlening te scoren met behulp van Goal Attainment Scaling (Kiresuk & Sherman, 1968). Hulpverleners en cliënten hebben in de praktijk van Cardea Jeugdzorg en Stichting Jeugdformaat de keuze uit vier scoringsmogelijkheden: +2 gedrag of situatie is duidelijk verbeterd, +1 gedrag of situatie is enigszins vooruit gegaan, 0 gedrag of situatie is hetzelfde als bij aanvang van de hulp, -1 Gedrag of situatie is achteruit gegaan.

Functioneren van het kind: Child Behavior Checklist (CBCL/6–18)

Om een beeld te krijgen van de eventuele gedragsproblemen van de aangemelde kinderen is gebruik gemaakt van de CBCL/6–18. Dit is een gedragsvragenlijst die bedoeld is om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen in de leeftijd van 6 tot 18 jaar op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. De CBCL/6–18 dient door ouders ingevuld te worden.

De CBCL/6–18 bestaat uit twee delen: een vaardigheids- of competentiedeel, en een gedragsprobleemdeel. Het vaardigheids- of competentiedeel bestaat uit 20 vragen. Deze vragen zijn bedoeld om een indruk te krijgen over de vaardigheden van het kind met betrekking tot zijn of haar functioneren op belangrijke levensgebieden zoals school, contacten met ouders, leeftijdsgenoten, broers/zussen en vrije tijdsbesteding (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996).

Het gedragsprobleemdeel bestaat uit 120 vragen over gedragsproblemen en/of emotionele problemen. Ouders wordt gevraagd het gedrag van het kind op een driepuntsschaal (0 = de beschrijving is helemaal niet van toepassing, 1 = de beschrijving is een beetje of soms van toepassing, 2 = de beschrijving is duidelijk of vaak van toepassing) te scoren zoals dit op het moment van invullen is of binnen de afgelopen 6 maanden is geweest.

De items van het gedragsprobleemdeel zijn onder te verdelen in acht syndroomschalen (Verhulst e.a., 1996):

- Teruggetrokken gedrag (9 items);
- Lichamelijke klachten (9 items);
- Angstig/depressief (14 items);
- Sociale problemen (8 items);
- Denkproblemen (7 items);
- Aandachtsproblemen (11 items);
- Delinquent gedrag (13 items);
- Agressief gedrag (20 items).

Op basis van deze syndromen zijn twee overkoepelende schalen gevormd: ‘internaliseren’ en ‘externaliseren’. De score ‘internaliseren’ bestaat uit de som van de items die behoren tot de schalen ‘teruggetrokken’, ‘lichamelijke klachten’ en ‘angstig/depressief’. De score op de schaal ‘externaliseren’ bestaat uit de som van de items die behoren tot de schalen ‘delinquent gedrag’ en ‘agressief gedrag’ (Verhulst e.a., 1996). Een overall probleemscore kan berekend worden door alle schalen bij elkaar op te tellen. Deze ‘totale probleemscore’ geeft een indicatie voor de mate van emotionele en gedragsproblemen van het kind (Verhulst e.a., 1996).

De CBCL is bij aanvang, afronding en follow up voorgelegd aan de ouders om, in geval van een tweeouder gezin, door één van beide ouders in te vullen. Voor de acht syndroomschalen, de twee overkoepelende schalen en de totale probleemscore worden somscores berekend.

Sterke kanten en moeilijkheden: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-j)

Aan het aangemelde kind in de leeftijd vanaf 11 jaar is de SDQ-j (bedoeld voor jeugdigen in de leeftijd van 11–16 jaar) (Goodman, Meltzer & Bailey, 1998) voorgelegd. Deze korte vragenlijst (26 items) heeft betrekking op de aanwezigheid van psychische problemen, over de gevolgen daarvan voor het dagelijks functioneren, en over sterke kanten van de jeugdige die duiden op goede kansen op herstel als zich psychologische problemen voordoen (Goedhart, Treffers, & Van Widenfelt, 2003).

De SDQ-j is opgebouwd uit vijf schalen:

- emotionele problemen;
- gedragsproblemen;
- aandachtstekort-hyperactiviteit;
- problemen leeftijdsgenoten;
- prosociaal gedrag.

Een overall score ‘totale problemen’ komt tot stand door de scores op de afzonderlijke schalen bij elkaar op te tellen.

De SDQ-j is bij aanvang, afronding en follow-up voorgelegd aan het aangemelde kind om in te vullen.

Opvoedingsstress: Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI-2005)

De stressbeleving van ouders in de opvoeding van hun kind wordt in kaart gebracht met behulp van de NOSI-2005 (De Brock, Vermulst, Gerris, Veerman, & Abidin, 2003). Dit betreft een experimentele vragenlijst van 80 items die afgeleid is van de NOSI die uit 123 items bestaat (De Brock, Vermulst, Gerris, & Abidin, 1992). Op de items van de NOSI-2005 kan geantwoord worden aan de hand van een 4-puntsschaal (‘sterk mee oneens’, ‘beetje mee oneens’, ‘beetje mee eens’ of ‘sterk mee

eens'). De NOSI-2005 omvat evenals de NOSI een ouderdomein, een kinddomein en een levensgebeurtenissenschaal. Het ouderdomein heeft betrekking op de mate waarin de ouder zich niet berekend voelt op de opvoedingstaak en zich daarin inadequaar en gespannen voelt (De Brock e.a., 1992). Dit domein (42 items) is opgebouwd uit zeven subschalen (De Brock e.a., 2003):

- Competentie (7 items);
- Rolrestrictie (6 items);
- Hechting (5 items);
- Depressie (8 items);
- Gezondheid (5 items);
- Sociale isolatie (6 items);
- Huwelijksrelatie (5 items).

Het kinddomein (38 items) behelst de bijdrage van bepaalde karakteristieken of eigenschappen van het kind aan de mogelijke overall-stress in de ouder-kind relatie. Dit domein bestaat uit zes subschalen:

- Aanpassing (7 items);
- Stemming (6 items);
- Afleidbaarheid (7 items);
- Veeleisendheid (6 items);
- Positieve bekrachtiging (5 items);
- Acceptatie (7 items).

De NOSI-2003 wordt in het onderhavige onderzoek bij aanvang, afronding en follow-up aan ouders voorgelegd, opdat één van beide ouders de vragenlijst invult.

Per schaal wordt een somscore berekend. De domeinscores komen tot stand door de som van de respectievelijk subschalen. De som van het ouderdomein en het kinddomein bepaalt de totale stress. Deze schaal- en domeinscores worden geïnterpreteerd met behulp van een 7-puntsschaal lopend van 'zeer laag' tot 'zeer hoog'.

Omgaan met opvoedingsproblemen: Utrechtse Coping Lijst (UCL)

Instrumenten om de vergroting van krachten te meten waren bij aanvang van het onderzoek minder voor handen dan instrumenten die de aanwezigheid van

problemen in kaart brengen. Om recht te doen het vergroten van zelfsturing en 'empowerment' bij ouders als doelstellingen van het programma Gezin Centraal is er voor gekozen om de UCL (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993) aan ouders voor te leggen. Met deze vragenlijst wordt een poging ondernomen om in beeld te krijgen van de wijze waarop ouders met problemen omgaan. De UCL past het beste bij de benadering waarbij coping wordt opgevat als een bepaalde persoonlijkheidsstijl. Er wordt vanuit gegaan dat individuen voorkeur hebben voor bepaalde (combinaties van) copingvormen over verschillende situaties heen, de zogeheten copingstijl.

De UCL bestaat uit 47 items die worden gescoord op een 4-puntsschaal ('zelden of niet', 'soms', 'vaak', 'zeer vaak'). De items kunnen verdeeld worden over zeven subschalen die elk verwijzen naar een bepaalde copingstijl (Schreurs e.a., 1993):

- Actief aanpakken (7 items);
- Palliatieve reactie (8 items);
- Vermijden, afwachten (8 items);
- Sociale steun zoeken (6 items);
- Passief reactiepatroon (7 items);
- Expressie van emoties (3 items);
- Geruststellende en troostende gedachten hanteren (5 items).

Ondanks dat de copingstijl als een persoonlijkheidsstijl getypeerd wordt, betekent dit niet dat de gehanteerde copingstrategieën gezien worden als onveranderlijke kenmerken of eigenschappen (Schreurs e.a., 1993).

De schalen 'Vermijden, afwachten', 'Passief reactiepatroon' en 'Expressie van emoties' tezamen kunnen worden opgevat als een reactieve, defensieve manier van omgaan met problemen. De schalen 'Actief aanpakken' en 'Geruststellende en troostende gedachten hanteren' kunnen worden opgevat als een actieve, offensieve manier van omgaan met problemen. Bij beide manieren van omgaan met problemen wordt gebruik gemaakt van 'Palliatieve reacties en 'Sociale steun zoeken' (Schaufeli & Van Dierendonck, 1992; Schreurs e.a., 1993).

De UCL wordt in het onderhavige onderzoek bij aanvang, afronding en follow-up aan ouders voorgelegd. De zeven schaalscores worden berekend door de items per schaal op te tellen (Schreurs e.a., 1993).

De interne consistentie is door Schreurs e.a. (1993) onderzocht. De meeste schalen blijken voldoende consistent (Cronbach's $\alpha > .70$). De stabiliteit van de schalen is onderzocht door de correlatie van de schaal met zichzelf bij een tweede afname te berekenen. Schreurs e.a. (1993) komen tot de conclusie dat met de UCL-schalen redelijk stabiele eigenschappen gemeten worden. De validiteit van de UCL is voldoende gewaarborgd (Schreurs e.a., 1993).

Ingrijpende stressvolle gebeurtenissen: Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG)

Om informatie te verzamelen over de opvoedingsomgeving wordt gebruik gemaakt van de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG). Met meegemaakte gebeurtenissen worden gebeurtenissen bedoeld uit het dagelijks leven die mogelijk als stressvol gezien worden, omdat zij veranderingen in de dagelijkse gang van zaken teweeg brengen (Veerman & Ten Brink, 1993). Met behulp van de VMG wordt de hoeveelheid stress gepeild die een kind heeft ervaren.

De VMG bestaat uit 24 items. Hiervan beschrijven 22 items een concrete stressvol geachte gebeurtenis (bijvoorbeeld de geboorte van een broertje of zusje, ziekenhuisopname) en 2 items een positieve gebeurtenis (bijvoorbeeld het leveren van een goede prestatie). De VMG wordt ingevuld door een ouder. Aangegeven wordt of een gebeurtenis in het leven van het kind is voorgekomen en zo ja, wanneer dat was en hoe het kind de gebeurtenis beleefde (positief of negatief) (Veerman & Ten Brink, 1993).

De VMG wordt aan ouders bij aanvang van de hulpverlening voorgelegd. Als index voor negatief ervaren spanning worden de negatief aangeduide gebeurtenissen bij elkaar opgeteld. Als index voor positief ervaren spanning wordt het aantal positief aangeduide gebeurtenissen bij elkaar opgeteld. Daarnaast wordt een totaal-score berekend door alle a priori stressvol geachte gebeurtenissen die voorgekomen zijn bij elkaar op te tellen. De test-hertestbetrouwbaarheid van de VMG is zeer aanvaardbaar (Veerman & Ten Brink, 1993).

Gezinsfunctioneren: Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF)

Met behulp van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF) wordt een indruk verschaft van de gebieden waarop en de mate waarin het gezin functioneert. Het is een vragenlijst die bedoeld is om de problemen van Multi-problemgezinnen in kaart te brengen. De vragenlijst wordt ingevuld door de professionele hulpverlener die het gezin goed kent. Met name aspecten van het functioneren van de ouders komen met behulp van de VGF in beeld (Ten Brink e.a., 2000).

De vragenlijst is uit vier delen opgebouwd. Het eerste deel omvat de schalen *basiszorg* en *sociale contacten* met respectievelijk 17 en 8 items. Vervolgens bestaat het instrument uit twee delen waarvan één betrekking heeft op moeder en één op vader. In deze delen komen dezelfde vier schalen aan bod:

- opvoedingsvaardigheden (14);
- veiligheid in het gezin (6 items);
- jeugdbeleving (4 items);
- individueel functioneren (5 items).

Tot slot bestaat het vierde deel van de VGF uit de schaal:

- partnerrelaties (12 items).

De VGF wordt bij aanvang en afronding van de hulp aan de gezinsbegeleider voorgesteld. Mits niet teveel vragen oningevuld blijven (per schaal een variabel criterium van 2 of 1 vragen) worden de schaal scores berekend door het totaal van de scores te delen door het aantal vragen. De vragenlijst in z'n geheel genomen mogen er in geval van een twee-ouder gezin maximaal twee van de elf schaalscores ontbreken en in geval van een één-ouder gezin maximaal één van de zes schalen. Voor de totaalscore die een algemene indruk geeft van het gezinsfunctioneren worden alle schaalscores bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal schalen.

De schaalstructuur van de VGF is tot stand gekomen op basis van een principale componenten analyse. De betrouwbaarheid van de totale lijst is hoog: 0.94 (Ten Brink e.a., 2000).

Problematiek jeugdige: Snelle Standaard Taxatie Ernst Problematiek (Quick STEP)

Om een indruk te krijgen van de ernst van de problematiek naar de mening van de hulpverlener is gebruik gemaakt van de Quick STEP (Van Yperen, Van den Berg, & Eijgenraam, 2003). Dit instrument bevat vier experimentele schalen:

- Functioneren jeugdige (6 items);
- Kwaliteit omgeving (5 items);
- Zwaarte zorg (3 items);
- Urgentie zorg (1 item).

Daarnaast omvat het instrument een formulier voor het maken van een prognose (risicotaxatie) bij het uitblijven van hulp:

- Risico jeugdige (4 items);
- Risico omgeving (3 items).

Op vragen kan geantwoord worden met behulp van een 5-puntsschaal waarvan de definitie verschilt afhankelijk van de vraag die gesteld wordt. Bij de vraag: Hoe lang bestaan voorkomende problemen van de jeugdige? bestaan de antwoordcategorieën uit tijdseenheden. Bij de vraag: Hoe erg is de jeugdige door persoonlijke of omgevingsproblemen van slag? kan gekozen worden uit 'n.v.t. Niet van slag', 'een beetje van slag', 'tamelijk van slag', 'erg van slag' of 'totaal van slag' (Van Yperen e.a., 2003).

De Quick STEP is bij aanvang en afronding van de hulpverlening voorgelegd aan de gezinsbegeleider. Van de schalen worden somscores berekend door de scores op de items per schaal bij elkaar op te tellen. Deze somscore wordt omgezet naar een ernstniveau. De verbinding tussen de ernstniveaus resulteert in een ernstprofiel.

De Quick STEP is een experimentele vragenlijst. De omzetting van de somscores naar ernstniveaus en het daarmee samenhangende ernstprofiel is experimenteel en moet nog met onderzoek worden geijkt (Van Yperen e.a., 2003).

Bronnen:

- Bolt, A. (2006). *Het gezin centraal. Handboek voor ambulante hulpverleners*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Bolt, A., & Metselaar, J. (2005). *Verrichtingenlijst Intensieve Gezinsbegeleiding*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Damen, H. R. (2007). *Het handelen van gezinswerkers in beeld. Tussentijds verslag van het project 'actualisering verrichtingssysteem IPT'*. Nijmegen: Praktikon.
- De Brock, A. J. L. L., Vermulst, A. A., Gerris, J., Veerman, J. W., & Abidin, R. R. (2003). *NOSI, Opvoeding in gezin en andere primaire leefvormen*. Nijmegen: University of Nijmegen.
- De Brock, A. J. L. L., Vermulst, A. A., Gerris, J. R. M., & Abidin, R. R. (1992). *NOSI Nijmeegse Ouderlijke Stress Index*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- De Meyer, R. E., Janssen, J., & Veerman, J. W. (2004). *Handleiding Beoordelingsschaal Tevredenheid en Effect (BESTE)*. Nijmegen: Praktikon.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (1996). Measuring the helping practices of human services program practitioners. *Human Relations*, 49, 815–835.
- Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., & Van Widenfelt, B. M. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten. De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58(11), 1018–1035.

- Goodman R., Meltzer H., & Bailey V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125–130.
- Hofman, R. (2006). *Categorisering van hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg. Ontwikkeling van een categoriesysteem bij Stichting Jeugdformaat*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443–453.
- Metselaar, J., & Doornbos, R. (2006). *Verrichtingenlijst Daghulp en Verblijf*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Petr, C. G., & Allen, R. I. (1997). Family-centered professional behavior: Frequency and importance to parents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5(4), 196–205.
- Reith, W., Hofman, R., Stams, G. J. J. M., & Van Yperen, T. A. (2008). Hulpverleningsdoelen categoriseren met de doelenboom: Ontwikkeling van een categorieënsysteem voor hulpverleningsdoelen in jeugdzorginstellingen. *Kind en Adolescent*, 29, 221–234.
- Schaufeli, W., & Van Dierendonck, D. (1992). De betrouwbaarheid en validiteit van de utrechtse coping lijst. een longitudinaal onderzoek bij schoolverlaters. *Gedrag en Gezondheid*, 20(1), 38–45.
- Schippers, M., Wehman, D., & Hermanns, J. M. A. (2005). Empowerment in de hulpverlening. een onderzoek naar gedrag van hulpverleners en empowerment-beleving van cliënten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, 60–71.
- Schreurs, P. J. G., Van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Herziene handleiding 1993*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Steetskamp, S. (2005). *Werken met de verrichtingenlijst. Een verkennende studie naar de inhoudelijke kwaliteit en praktische bruikbaarheid van de verrichtingenlijst IGB. masterscriptie opleiding orthopedagogiek*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Ten Brink, L. T., Van der Steege, M., Van der Haar, A., Jagers, H., Veerman, J. W., & Baartman, H. (2000). *VGF. Experimentele gebruikershandleiding van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren*. Utrecht: NIZW/PI Research.
- Ten Brink, L. T., Veerman, J. W., Berger, M., Flipse, M. L., Joosten, W., Kerkstra, G., Laysen, M., Roosma, A. H., & Van Vugt, M. (1997). *Handleiding verrichtingen intensieve ambulante gezinsbehandeling*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Thoburn, J., Lewis, A., & Shemmings, D. (1995). *Paternalism or partnership? Family involvement in the child protection process*. London: HMSO.
- Van Erve, N., Poiesz, M., & Veerman, J. W. (2005). Bejegening van cliënten in de jeugdzorg. Een onderzoek naar relevante aspecten. *Kind en Adolescent*, 26(2), 227–238.

- Van Erve, N., Poiesz, M., & Veerman, J. W. (2006). *B-toets: Meetinstrument voor de kwaliteit van bejegening in de jeugdzorg*. Nijmegen: Praktikon.
- Van Yperen, T. A., Van den Berg, G., & Eijgenraam, K. (2003). *Quick STEP. Snelle Standaard Taxatie Ernst Problematiek. Handleiding*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Veerman, J. W. (2008). Methoden voor het kwantificeren en toetsen van effecten. In T. A. Van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. (pp. 307–329). Delft: Eburon.
- Veerman, J. W., & Ten Brink, L. T. (1993). Het meten van de opvoedingsomgeving met de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen. Theoretische achtergronden en onderzoeksgegevens. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 426–443.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4–18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.

B3

Aanvullende tabellen bij hoofdstuk 4

Tabel B4.1: Verschil tussen onderzoeksgroepen in gemiddeld aantal hulpvragen en gemiddeld percentage hulpvragen per doelgebied bij afronding van de hulpverlening

	F (2,107)	p	η^2
totaal aantal hulpvragen	46,450	0,000	0,46
kind			
emotie	0,153	0,585	0,00
gedrag	0,655	0,521	0,01
cognitie	1,014	0,366	0,02
lichaam	0,671	0,514	0,01
totaal	0,132	0,877	0,00
gezin			
ouder/verzorger	0,895	0,412	0,02
opvoeding	1,402	0,251	0,03
gezinsverhoudingen	0,062	0,939	0,00
situatie in gezin	0,312	0,732	0,01
totaal	0,397	0,673	0,00
omgeving			
sociaal netwerk	0,964	0,385	0,02
professioneel netwerk	0,634	0,533	0,01
totaal	0,096	0,908	0,00
probleembeschrijving			
probleemverheldering	0,637	0,531	0,01
perspectief	0,921	0,401	0,01
totaal	0,076	0,927	0,00
overig	0,299	0,742	0,01

Tabel B4.2: Verschil tussen onderzoeksgroepen in voorkomende problematiek bij aanvang van de hulpverlening (STEP)

	Chi ²	df	p
psychosociaal functioneren	4,320	2	0,115
lichamelijke gezondheid	8,935	2	0,011
vaardigheden & verstandelijke ontwikkeling	0,042	2	0,979
gezin en opvoeding	0,122	2	0,941
omgeving jeugdige	0,216	2	0,897
overige problemen	3,284	2	0,194
niet gespecificeerde problematiek	5,803	2	0,055

Tabel B4.3: Verschil tussen onderzoeksgroepen in ernst problematiek bij aanvang van de hulpverlening (STEP)

	F	p	η^2
functioneren jeugdige	(2,127) 0,618	0,541	0,01
kwaliteit omgeving	(2,138) 1,665	0,193	0,02
zwaarte zorg	(2,132) 1,358	0,261	0,02
urgentie zorg	(2,134) 0,485	0,617	0,01

Tabel B4.4: Verschil tussen onderzoeksgroepen in aantal ingrijpende stressvolle gebeurtenissen (VMG)

	F (2,132)	p	η^2
totaal (ongeacht aard) aantal gebeurtenissen	5,426	0,005	0,08
positieve gebeurtenissen	4,352	0,015	0,06
negatieve gebeurtenissen	3,663	0,028	0,05

Tabel B4.5: Verschil tussen onderzoeksgroepen in functioneren jeugdige (CBCL)

	F (2,129)	p	η^2
internaliseren	0,446	0,641	0,01
externaliseren	0,085	0,918	0,00
totale gedragsproblemen	0,252	0,777	0,00

Tabel B4.6: Verschil tussen onderzoeksgroepen in sterke kanten en moeilijkheden (SDQ-j)

	F (2,27)	p	η^2
emotionele problemen	3,440	0,047	0,20
gedragsproblemen	0,784	0,467	0,05
aandachtstekort – hyperactiviteit	1,357	0,272	0,09
problemen leeftijdsgenoten	1,817	0,182	0,12
prosociaal gedrag	0,506	0,609	0,04
totale problemen	3,915	0,032	0,22

Tabel B4.7: Verschil tussen onderzoeksgroepen in opvoedingsstress (NOSI-2003)

	F (2,131)	p	η^2
kinddomein	0,317	0,729	0,00
ouderdomein	3,855	0,024	0,06
totale opvoedingsstress	1,695	0,188	0,03

Tabel B4.8: Verschil tussen onderzoeksgroepen in omgaan met opvoedingsproblemen (UCL)

	F (2,123)	<i>p</i>	η^2
actief aanpakken	5,442	0,005	0,08
palliatieve reactie	2,190	0,116	0,03
vermijden	0,048	0,953	0,00
sociale steun zoeken	2,943	0,056	0,05
passief reactiepatroon	1,513	0,224	0,02
expressie van emoties	0,656	0,521	0,01
geruststellende gedachten	1,083	0,342	0,02

Tabel B4.9: Motivatie (VEH)

	F	<i>p</i>	η^2
naar de mening van de cliënt			
veranderingsmotivatie	(2,44) 1,314	0,279	0,07
begeleidingsmotivatie	(2,44) 1,530	0,228	0,07
naar de mening van de gezinsbegeleider			
veranderingsmotivatie	(2,82) 1,381	0,257	0,03
begeleidingsmotivatie	(2,82) 0,026	0,947	0,00

B4

Aanvullende tabellen en figuren bij
hoofdstuk 5

Tabel B5.1: Verschil tussen onderzoeksgroepen in gemiddeld aantal doelen en gemiddeld percentage einddoelen per doelgebied bij afronding van de hulpverlening

	F (2,86)	p	η^2
totaal aantal doelen	9,966	0,000	0,19
kind			
emotie	0,774	0,464	0,02
gedrag	0,607	0,548	0,01
cognitie	1,559	0,216	0,03
lichaam	0,560	0,573	0,01
totaal	0,046	0,955	0,00
gezin			
ouder/verzorger	0,948	0,392	0,02
opvoeding	0,210	0,811	0,00
gezinsverhoudingen	0,749	0,476	0,02
situatie in gezin	0,539	0,585	0,01
totaal	0,880	0,418	0,02
omgeving			
sociaal netwerk	0,037	0,963	0,00
professioneel netwerk	0,157	0,855	0,01
totaal	0,003	0,997	0,00
probleembeschrijving			
probleemverheldering	5,216	0,007	0,11
perspectief	1,093	0,340	0,02
totaal	4,087	0,020	0,09
overig	1,674	0,194	0,04

Tabel B5.2: Gemiddeld aantal doelen en gemiddeld percentage einddoelen per doelgebied bij aanvang van de hulpverlening

	interne vergelijkingsgroep (N = 56)			experimentele onderzoeksgroep (N = 25)			externe vergelijkingsgroep (N = 18)	
	M	SD		M	SD		M	SD
totaal aantal doelen	6,09	3,33		6,76	2,40		4,56 ^a	1,58
	M%	SD		M%	SD		M%	SD
kind								
emotie	6,91	16,46		7,59	9,87		2,96	8,92
gedrag	34,61	28,12		27,61	17,11		34,15	27,23
cognitie	3,69	8,03		5,75	7,80		2,78	8,57
lichaam	0,54	2,97		0,44	2,22		0,00	0,00
totaal	45,74	30,24		41,40	23,92		39,89	31,09
gezin								
ouder/verzorger	9,39	14,60	<	11,04	13,98	>	10,24	19,96
opvoeding	23,57	22,59	<	34,83	16,24	>	30,49	20,23
gezinsverhoudingen	8,94	15,52	...	2,46	6,08	...	5,00	10,11
situatie in gezin	3,34	11,57	<	3,33	9,32	>	0,00	0,00
totaal	45,23	27,99	<	51,67	27,36	>	45,73	33,25
omgeving								
sociaal netwerk	2,10	5,35	<	2,35	4,83	>	2,04	5,96
professioneel netwerk	1,23	5,17	...	0,80	4,00	...	2,98	8,68
totaal	3,33	7,08	...	3,15	5,95	...	5,01	9,90
probleembeschrijving								
probleemverheldering	2,73	7,98	...	2,13	7,63	...	3,76	7,30
perspectief	2,01	7,78	...	1,24	4,49	...	3,76	7,30
totaal	4,74	11,54	...	3,38	10,31	...	7,51	13,43
overig	0,95	4,19	>	0,40	2,00	<	1,85	5,39

^a externe vergelijkingsgroep verschilt significant van de experimentele onderzoeksgroep en de interne vergelijkingsgroep, $p < 0,05$;

Tabel B5.3: Verschil tussen onderzoeksgroepen in gemiddeld aantal doelen en gemiddeld percentage einddoelen per doelgebied bij aanvang van de hulpverlening

	F (2,96)	p	η^2
totaal aantal doelen	3,186	0,046	0,06
kind			
emotie	0,678	0,510	0,01
gedrag	0,676	0,511	0,01
cognitie	0,835	0,437	0,02
lichaam	0,314	0,731	0,01
totaal	0,373	0,689	0,01
gezin			
ouder/verzorger	0,102	0,903	0,00
opvoeding	2,748	0,069	0,05
gezinsverhoudingen	2,361	0,100 ¹	0,05
situatie in gezin	0,833	0,438 ¹	0,02
totaal	0,451	0,638	0,01
omgeving			
sociaal netwerk	0,024	0,976	0,00
professioneel netwerk	0,516	0,598 ²	0,02
totaal	0,410	0,665	0,01
probleembeschrijving			
probleemverheldering	0,229	0,795	0,00
perspectief	0,692	0,503	0,01
totaal	0,676	0,511	0,01
overig	0,683	0,508	0,01

Tabel B5.4: Verschil tussen onderzoeksgroepen in gemiddeld verschil tussen aanvang en afronding in totaal aantal einddoelen en percentages einddoelen per doelgebied

	F (2,84)	p	η^2
totaal aantal doelen	1,687	0,191	0,04
kind			
emotie	0,298	0,743	0,01
gedrag	2,003	0,141	0,05
cognitie	1,565	0,215	0,03
lichaam	0,788	0,458	0,02
totaal	1,488	0,232	0,03
gezin			
ouder/verzorger	0,763	0,469	0,02
opvoeding	1,169	0,315	0,03
gezinsverhoudingen	0,627	0,537	0,01
situatie in gezin	4,526	0,014	0,10
totaal	1,092	0,340	0,03
omgeving			
sociaal netwerk	0,046	0,955	0,00
professioneel netwerk	3,333	0,040	0,08
totaal	0,525	0,593	0,01
probleembeschrijving			
probleemverheldering	1,704	0,188	0,04
perspectief	0,387	0,680	0,01
totaal	1,726	0,184	0,04
overig	1,625	0,198	0,04

Tabel B5.5: Matrix gebruikte modules

	ambulant	daghulpverlening	dag- nachthulpverlening
kind individueel	1. coaching 6–12 (coaching)		1. pleegzorg
kind in groepsverband	1. sociale vaardigheidstraining 2. sociale vaardigheidstraining 12–18 3. weerbaarheid 4. zelfverdediging 5. speltherapie 6. dialoog 5 7. dialoog 6 8. samen sporten	1. dagleergroep 2. zorgcoach JES 3. combigroep 6–12	1. logeergroep 2. crisisopvang 8–15
gezin/ouders individueel	1. intensieve gezinsbegeleiding traject 2. jeugdhulp gecombineerde hulp 3. intensieve gezinsbegeleiding ambulant oude variant 4. intensieve gezinsbegeleiding ambulant nieuwe variant 5. intensieve gezinsbegeleiding 15 contacten 6. intensieve gezinsbegeleiding 25 contacten 7. intensieve gezinsbegeleiding 40 contacten 8. enkelvoudig ambulante zorg 9. regie 10. Triple P 11. dialoog gezinsbegeleiding 12. LVG gezinsbegeleiding 13. intensieve overbruggingsbegeleiding 14. Families First		
gezin/ouders in groepsverband	1. ouder cursus pubers 2. gezinsgroep		

Tabel B5.6: Combinaties van zorg

	onderzoeksgroep		
	interne vergelijkings- groep (n = 68)	experimentele groep (n = 27)	externe vergelijkings- groep (n = 20)
ambulante gezinshulp	22	7	18
ambulante gezinshulp en pleegzorg	0	0	1
ambulante gezinshulp individueel en in groepsverband	0	1	0
ambulante gezinshulp en residentieel verblijf	0	0	0
ambulante gezinshulp en training aan kind	4	0	0
ambulante gezinshulp en coaching	1	0	0
ambulante gezinshulp en coaching en residentieel verblijf	0	0	0
ambulante gezinshulp individueel en in groepsverband en coaching en residentieel verblijf	0	0	0
ambulante gezinshulp en daghulp	26	2	1
ambulante gezinshulp en daghulp en residentieel verblijf	2	0	0
ambulante gezinshulp en daghulp en training aan kind	11	0	0
ambulante gezinshulp en daghulp en coaching	2	15	0
ambulante gezinshulp en daghulp en coaching en residentieel verblijf	0	0	0
ambulante gezinshulp en daghulp en coaching en training	0	2	0

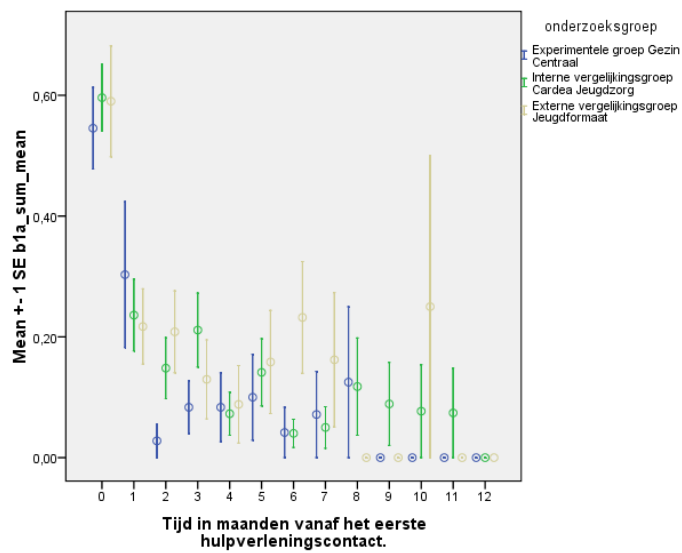
Tabel B5.7: Verschil in kenmerken gezinsbegeleiding

	unianova			ancova		
	F	p	η^2	F	p	η^2
aantal maanden per hulpverleningstraject	(2,91) 5,708	0,005	0,11	2,211	0,116	0,03
aantal contacten per hulpverleningstraject	(2,91) 4,057	0,021	0,08	4,019	0,021	0,07
intensiteit (aantal contacten per maand)	(2,91) 2,662	0,075	0,06	3,176	0,046	0,07
wijze van contact						
face to face contacten	(2,91) 1,428	0,245	0,03	1,610	0,206	0,03
telefonische contacten	(2,91) 0,776	0,463	0,02	1,024	0,363	0,02
missing	(2,91) 1,076	0,345	0,02	0,994	0,374	0,02
duur contacten (minuten)						
duur face to face contacten	(2,90) 0,657	0,521	0,01	1,583	0,211	0,03
duur telefonische contacten	(2,58) 1,760	0,181	0,06	1,220	0,303	0,04
duur missing	(2,15) 1,449	0,266	0,16	1,654	0,227	0,19
betrokkenen						
ouder(s)	(2,91) 2,133	0,124	0,04	2,481	0,089	0,05
gezin (ouder(s) en kinderen)	(2,91) 2,882	0,061	0,06	2,345	0,102	0,05
groep (meerdere ouder(s) of betrokkenen)	(2,91) 13,648	0,000	0,23	1,479	0,233	0,02
missing	(2,91) 0,240	0,787	0,01	0,091	0,913	0,00
type contact						
kennismakingsgesprek	(2,91) 1,416	0,248	0,03	0,596	0,553	0,01
afstemmingsgesprek	(2,91) 0,509	0,603	0,01	1,123	0,330	0,02
regulier hulpverleningsgesprek	(2,91) 4,114	0,019	0,08	5,282	0,007	0,10
voortgangsgesprek	(2,91) 8,681	0,000	0,16	16,126	0,000	0,26
driehoeksoverleg	(2,91) 3,298	0,041	0,07	0,266	0,767	0,00
afsluitingsgesprek	(2,91) 5,845	0,004	0,11	3,970	0,022	0,08
anders	(2,91) 2,766	0,067	0,06	0,470	0,626	0,01
missing	(2,91) 1,265	0,287	0,03	1,271	0,285	0,03

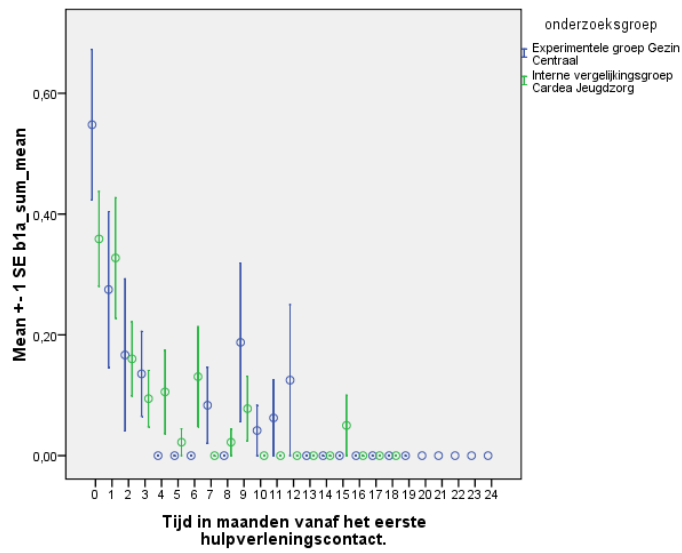
Tabel B5.8: Uitkomsten van de analyse van verschil tussen de drie onderzoeksgroepen in inhoud gezinsbegeleiding (ANOVA's)

	unianova		
	F (2,91)	p	η^2
gemiddeld aantal verrichtingen per contact	2,276	0,284	0,03
onderhouden van een werkrelatie (A)	3,582	0,032	0,07
verzamelen van informatie (B)			
<i>bespreken hulpvraag van het gezin (B1)</i>	1,032	0,360	0,02
<i>bespreken perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B2)</i>	0,577	0,563	0,01
<i>bespreken krachten in en om het gezin (B3)</i>	3,481	0,035	0,07
<i>doelen stellen met cliënt(en) (B11)</i>	0,019	0,981	0,00
<i>evalueren en/of aanpassen van doelen en hulpproces (B12)</i>	1,527	0,223	0,03
werken aan (gedrags)verandering (C)			
<i>werkpunten stellen met cliënt(en) (C1)</i>	0,384	0,682	0,01
<i>evalueren en/of aanpassen van werkpunten (C2)</i>	6,559	0,002	0,13
<i>complimenterende feedback (C3)</i>	1,074	0,346	0,02

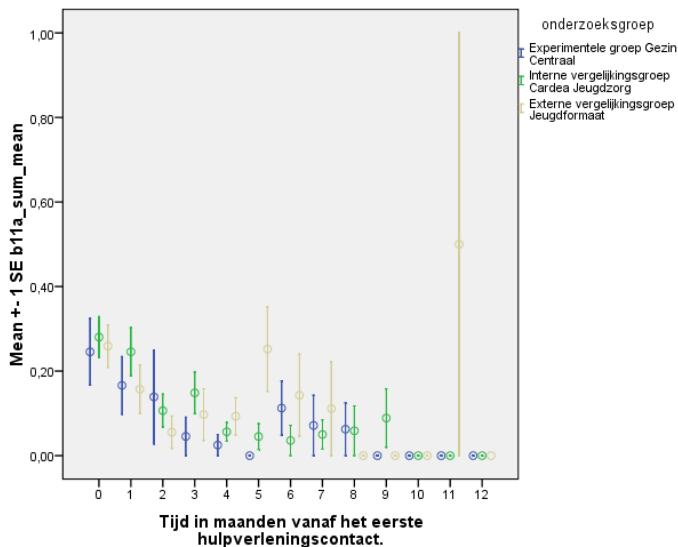
Figuur B5.1: Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken hulpvraag van het gezin (verrichting B1) per maand van trajecten tot en met 12 maanden



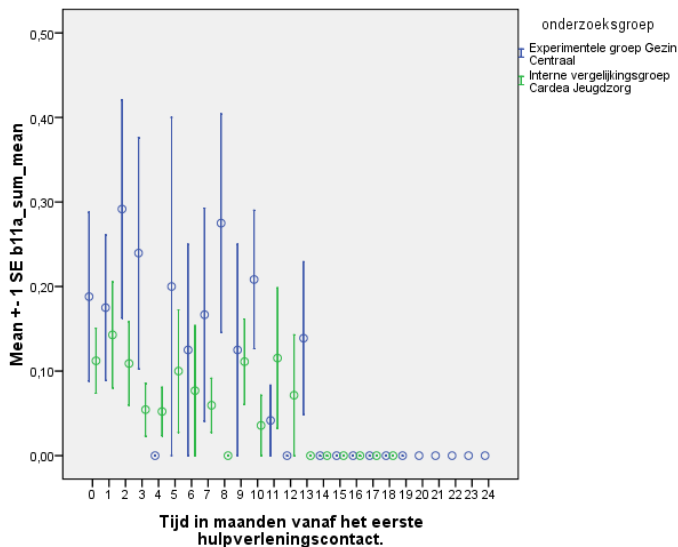
Figuur B5.2: Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken hulpvraag van het gezin (verrichting B1) per maand van trajecten langer dan 12 maanden



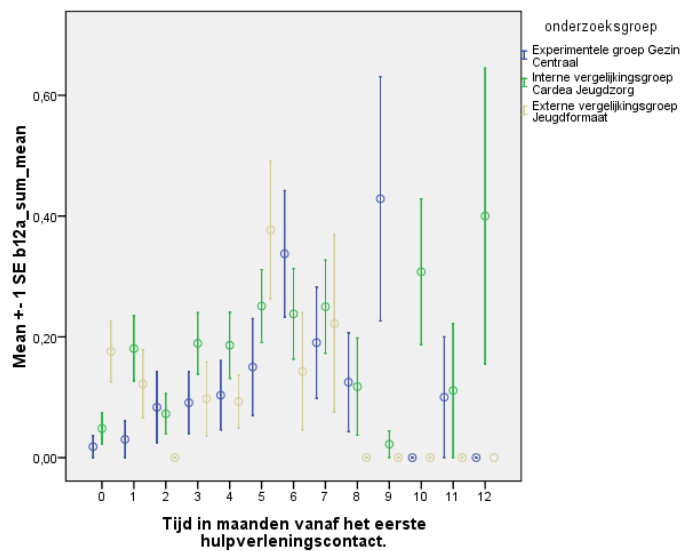
Figuur B5.3: Errorbar gemiddeld aantal keren doelen stellen met cliënt(en) (verrichting B11) per maand van trajecten tot en met 12 maanden



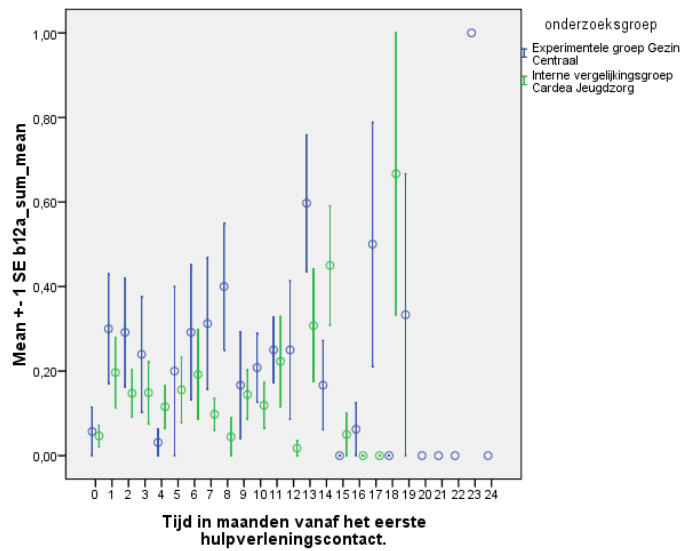
Figuur B5.4: Errorbar gemiddeld aantal keren doelen stellen met cliënt(en) (verrichting B11) per maand van trajecten langer dan 12 maanden



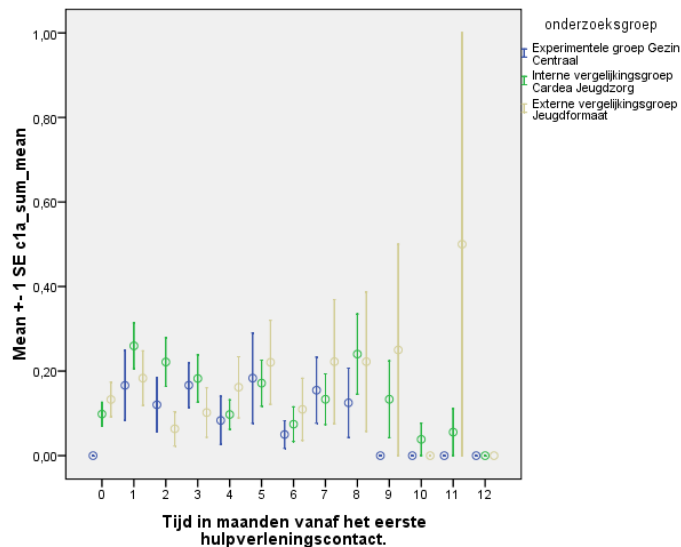
Figuur B5.5: Errorbar gemiddeld aantal keren evalueren en/of aanpassen doelen en hulproces met cliënt(en) (verrichting B12) per maand van trajecten t/m 12 maanden



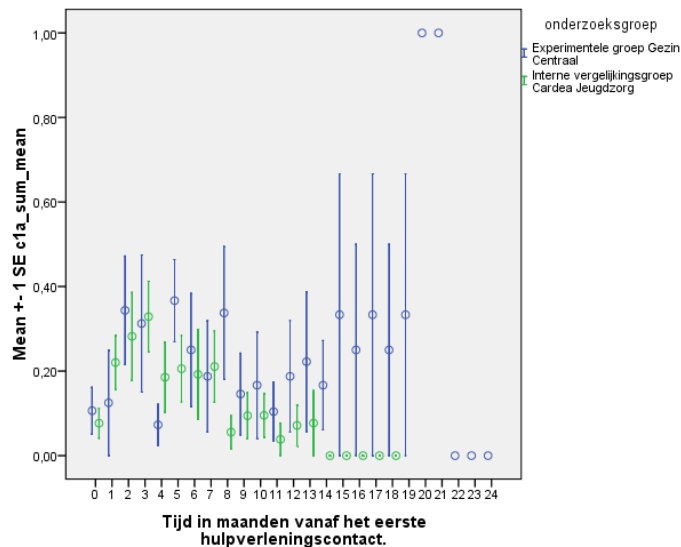
Figuur B5.6: Errorbar gemiddeld aantal keren evalueren en/of aanpassen doelen en hulproces met cliënt(en) (verrichting B12) per maand van trajecten langer dan 12 maanden



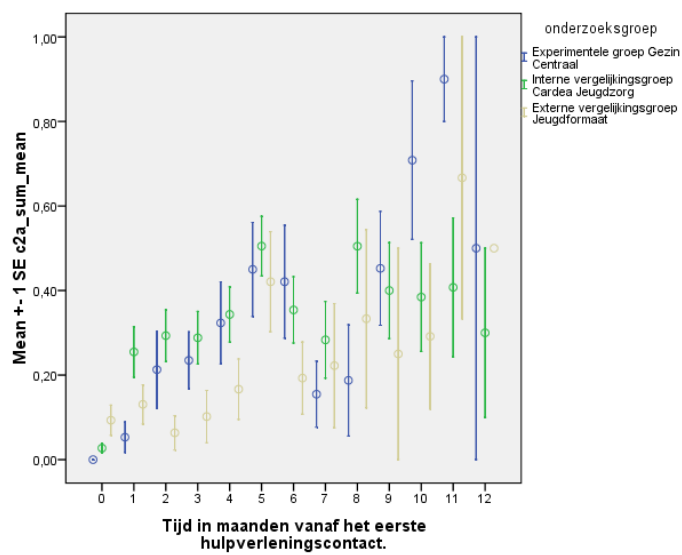
Figuur B5.7: Errorbar gemiddeld aantal keren werkpunten stellen met cliënt(en) (verrichting C1) per maand van trajecten tot en met 12 maanden



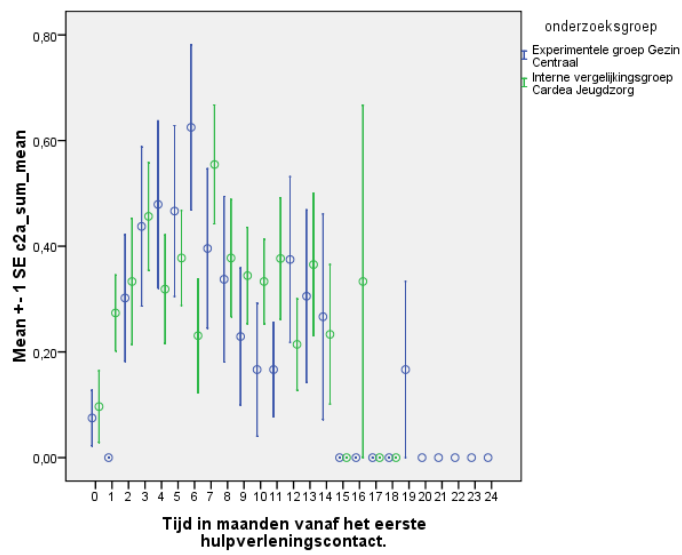
Figuur B5.8: Errorbar gemiddeld aantal keren werkpunten stellen met cliënt(en) (verrichting C1) per maand van trajecten langer dan 12 maanden



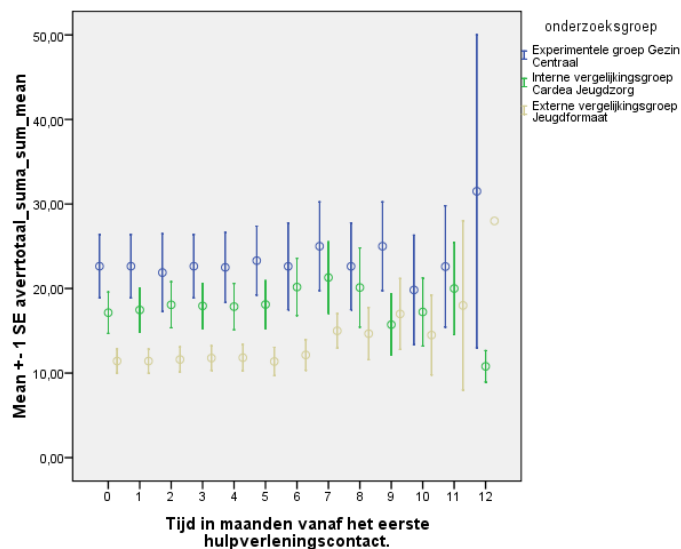
Figuur B5.9: Errorbar gemiddeld aantal keren evalueren en/of aanpassen van werkpunten (verrichting C2) per maand van trajecten tot en met 12 maanden



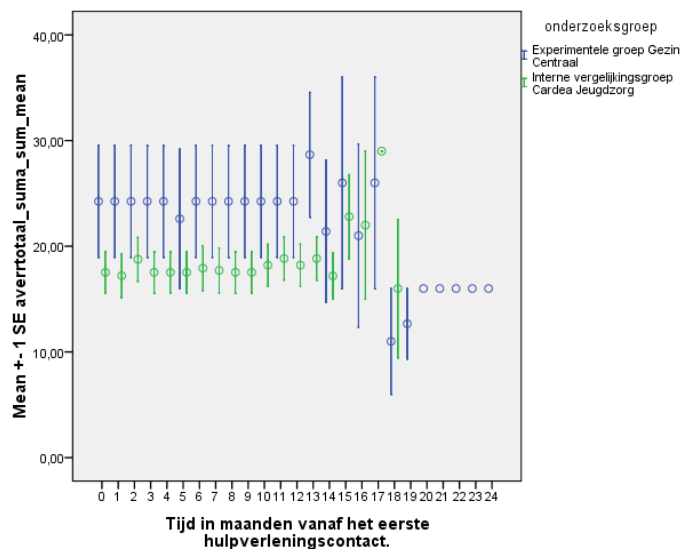
Figuur B5.10: Errorbar gemiddeld aantal keren evalueren en/of aanpassen van werkpunten (verrichting C2) per maand van trajecten langer dan 12 maanden



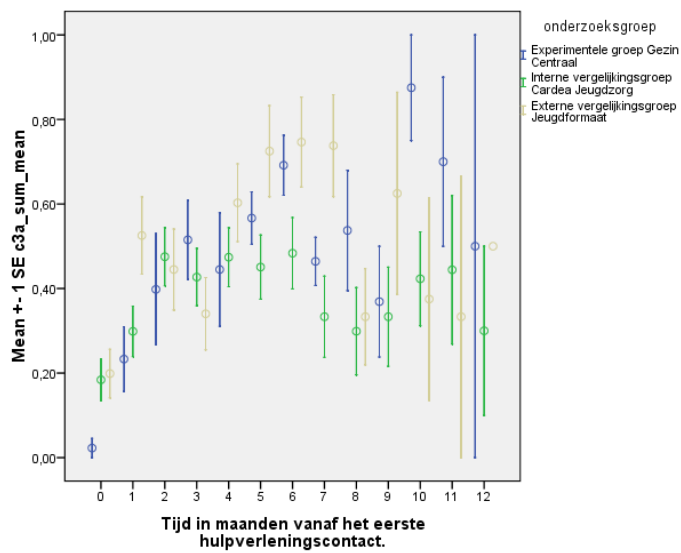
Figuur B5.11: Errorbar gemiddeld aantal keren onderhouden van een werkrelatie (A verrichtingen) per maand van trajecten tot en met 12 maanden



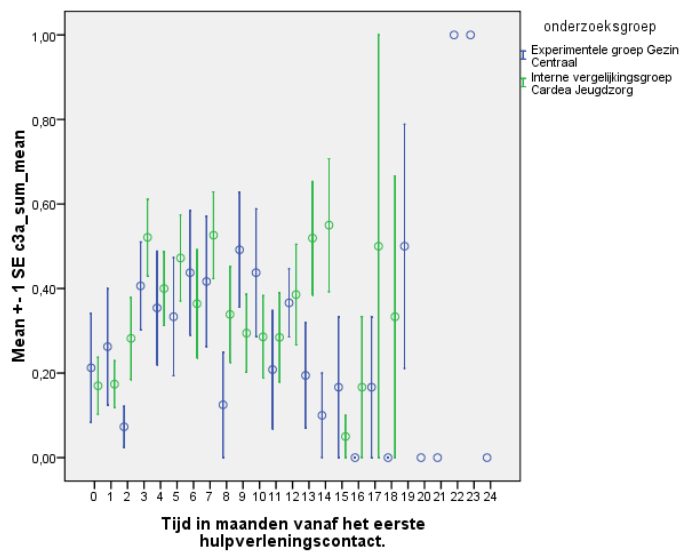
Figuur B5.12: Errorbar gemiddeld aantal keren onderhouden van een werkrelatie (A verrichtingen) per maand van trajecten langer dan 12 maanden



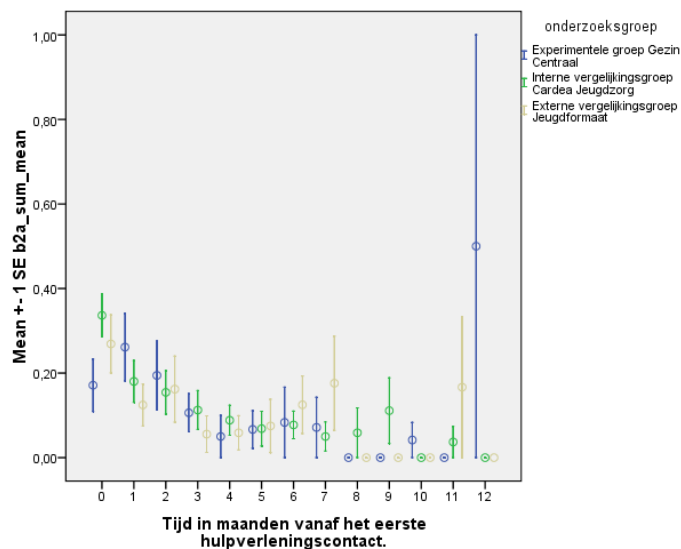
Figuur B5.13: Errorbar gemiddeld aantal keren complimenterende feedback (C3) per maand van trajecten tot en met 12 maanden



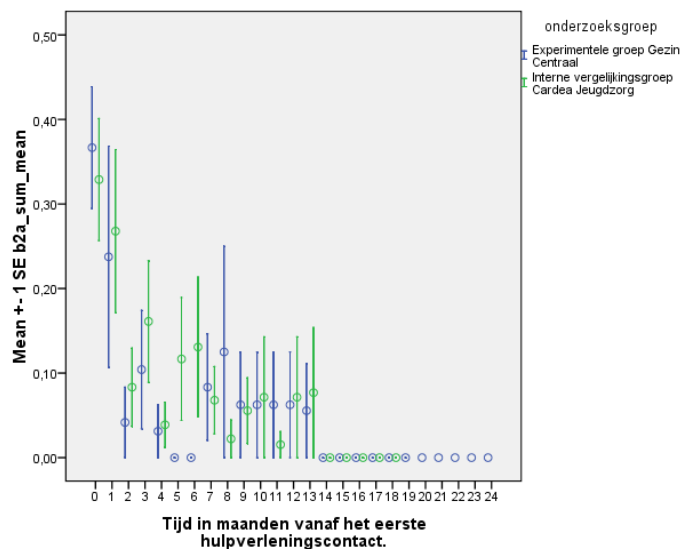
Figuur B5.14: Errorbar gemiddeld aantal keren complimenterende feedback (C3) per maand van trajecten langer dan 12 maanden



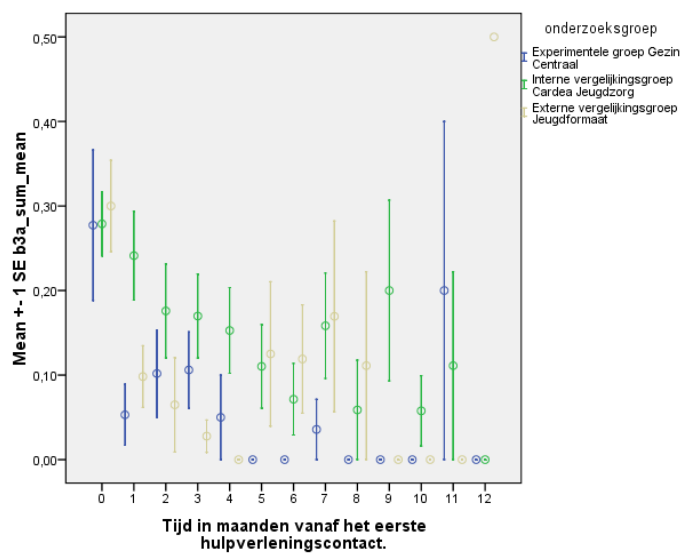
Figuur B5.15: Errorbar gemiddeld aantal keren besproken perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B2) per maand van trajecten tot en met 12 maanden



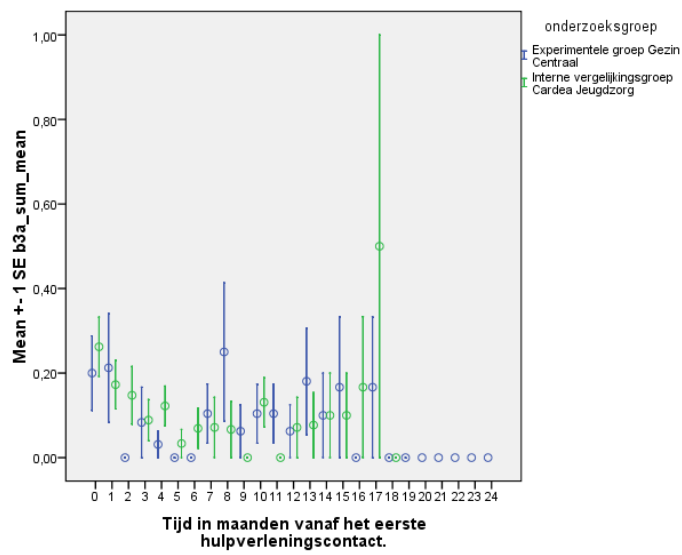
Figuur B5.16: Errorbar gemiddeld aantal keren besproken perceptie van cliënt(en) van mogelijke oplossingen (B2) per maand van trajecten langer dan 12 maanden



Figuur B5.17: Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken krachten in en om het gezin (B3) per maand van trajecten tot en met 12 maanden



Figuur B5.18: Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken krachten in en om het gezin (B3) per maand van trajecten langer dan 12 maanden



Tabel B5.9: Verschil in kenmerken daghulp

	t	df	p
aantal weken hulpverleningstraject (verslag)	3,556	19	0,002
percentage verslag van hulpverleningstraject vs registratie	2,903	19	0,009
aantal contacten	−0,738	6	0,488 ^a
aantal dagen per week aanwezig op de daghulp	−0,420	19	0,679
aantal contacten per week	−3,455	19	0,003
wijze van contact			
face to face contacten	−2,505	19	0,021
telefonische contacten	0,375	19	0,712
missing	3,130	19	0,006
duur contacten (minuten)			
duur face to face contacten	−2,453	5,09	0,057 ^a
duur telefonische contacten	−0,363	4,6	0,733 ^a
duur missing	−1,150	2,12	0,363 ^a
fase			
wenfase	0,098	19	0,923
werkfase	−1,011	19	0,325
slotfase	1,731	19	0,100
missing	2,271	16,2	0,037^a
betrokkenen			
kind	−1,240	5,19	0,268 ^a
ouder(s)	0,882	19	0,389
gezin (ouder(s) en kinderen)	5,078	17,1	0,000^a
groep (kind en andere betrokkenen)	−1,193	6,2	0,276 ^a
missing	4,441	16,6	0,000^a
initiatief			
kind	1,257	19	0,224
ouder(s)	3,272	19	0,004
pedagogische medewerker	0,097	5,5	0,926
gezamenlijk (kind en/of ouders en pedagogisch medewerker)	−1,489	5,2	0,195 ^a
missing	2,597	19	0,018

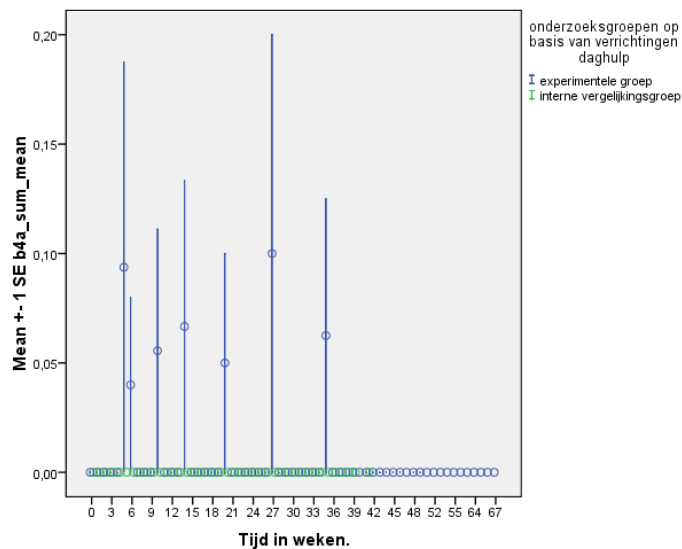
^a Levene's test significant.

Tabel B5.10: Uitkomsten van de analyse van verschil in inhoud daghulp (t-toetsen)

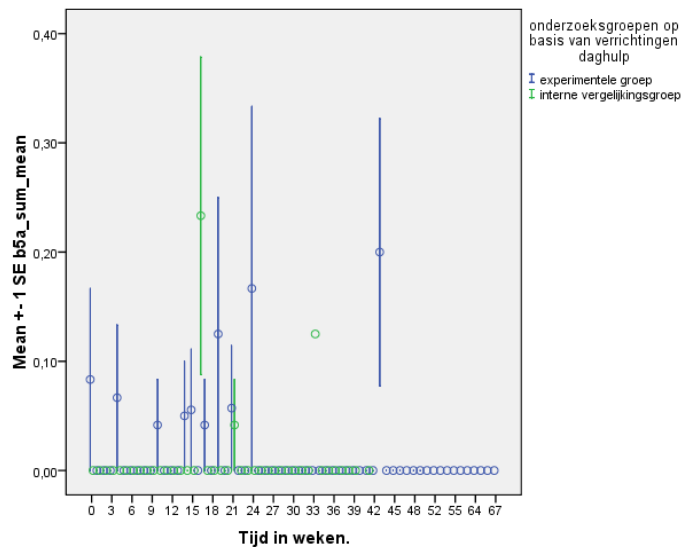
	t	df	p
gemiddeld aantal verrichtingen per contact	−2,373	5,4	0,060 ^a
klimaat (A)	4,214	19	0,000
<i>invloegen (A1)</i>	0,614	18,7	0,547 ^a
<i>bieden van emotionele steun (A2)</i>	−6,285	19	0,000
<i>complimenterende feedback op communicatie in het hulpproces (A3)</i>	−1,016	19	0,322
<i>feedback op ongewenst gedrag in communicatie (A4)</i>	−0,226	19	0,823
<i>informereren (A5)</i>	4,942	19	0,000
<i>afspraken maken (A6)</i>	6,742	18,7	0,000^a
<i>anders, namelijk... (A7)</i>	−2,153	5	0,084 ^a
verzamelen van informatie (B)	−6,674	19	0,000
<i>observeren uit eerste hand (B1)</i>	−2,920	5,4	0,030^a
<i>actief luisteren (B2)</i>	−4,826	19	0,000
<i>competentieanalyse (B3)</i>	−2,051	5	0,095 ^a
<i>doelen stellen (B4)</i>	2,076	14	0,057 ^a
<i>doelen evalueren en/of aanpassen (B5)</i>	1,852	18,8	0,080 ^a
<i>overleggen over hulparrangement (B6)</i>	0,246	19	0,808
<i>informereren over modules (B7)</i>	−0,038	19	0,970
<i>werken met vragenlijsten (B8)</i>	−1,728	5	0,144 ^a
<i>anders, namelijk... (B9)</i>	−2,500	5	0,054 ^a
werken aan (gedrags)verandering (C)	2,544	19	0,020
<i>werkpunten stellen (C1)</i>	0,565	19	0,579
<i>werkpunten evalueren en/of aanpassen (C2)</i>	3,108	19	0,006
<i>complimenterende feedback (C3)</i>	1,451	19	0,163 ^a
<i>feedback op ongewenst gedrag (C4)</i>	−2,090	19	0,050
<i>adviezen en instructies voor (gedrags)veranderingen (C5)</i>	−2,538	6,8	0,040^a
<i>bespreken dagelijkse routine (C6)</i>	7,375	17,3	0,000^a
<i>oefenen individuele sociale vaardigheden (C7)</i>	1,252	19	0,226
<i>werken aan vaardigheden m.b.t. emoties (C8)</i>	−1,879	6,5	0,106 ^a
<i>anders, namelijk... (C9)</i>	−1,572	5,1	0,176 ^a
oplossingen vinden in de omgeving (D)	−0,904	19	0,377
<i>cliënt(en) ondersteunen bij contact school en instanties (D1)</i>	−0,904	19	0,377
<i>anders, namelijk... (D2)</i>			

^a Levene's test significant.

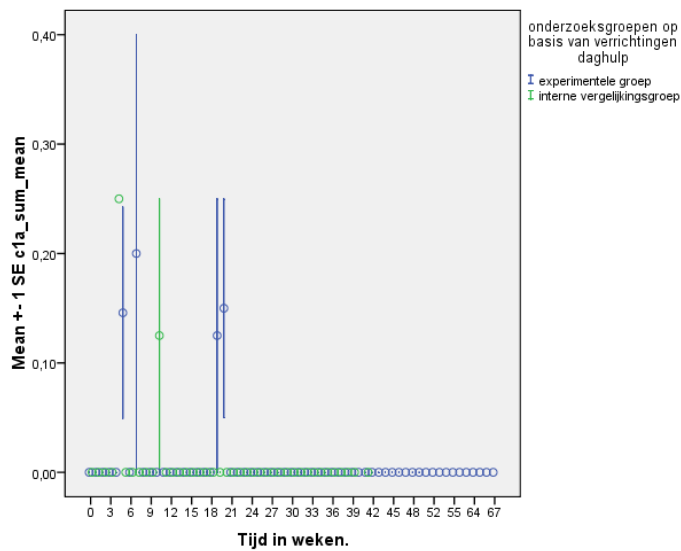
Figuur B5.19: Errorbar gemiddeld aantal keren doelen stellen (B4) per week (daghulp)



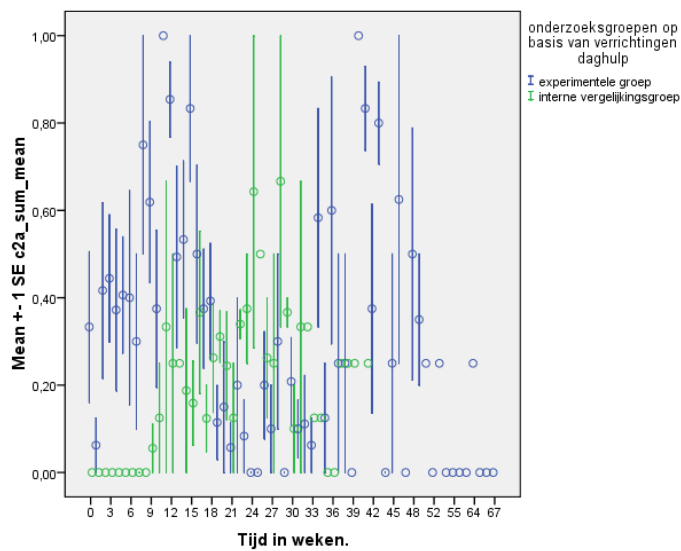
Figuur B5.20: Errorbar gemiddeld aantal keren doelen evalueren en/of aanpassen (B5) per week (daghulp)



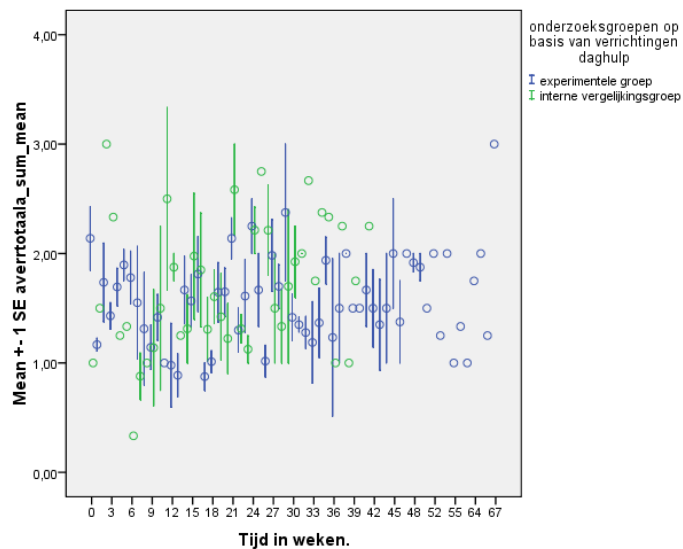
Figuur B5.21: Errorbar gemiddeld aantal keren werkpunten stellen (C1) per week (daghulp)



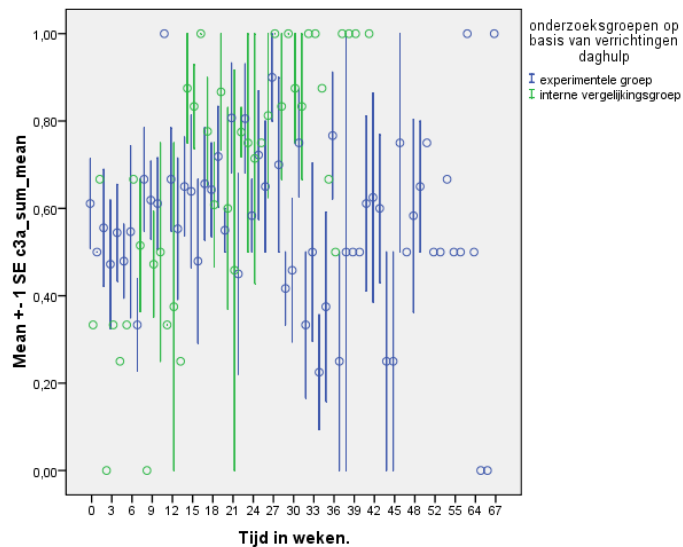
Figuur B5.22: Errorbar gemiddeld aantal keren werkpunten evalueren en/of aanpassen (C2) per week (daghulp)



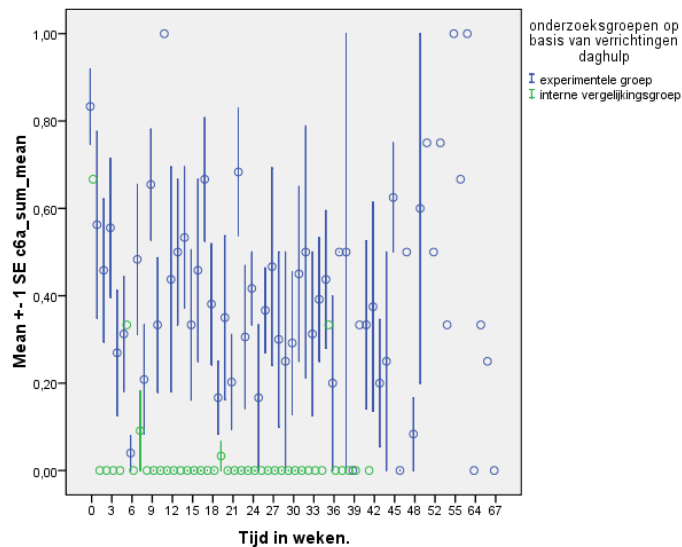
Figuur B5.23: Errorbar gemiddeld aantal keren klimaat (A verrichtingen) per week (daghulp)



Figuur B5.24: Errorbar gemiddeld aantal keren complimenterende feedback (C3) per week (daghulp)



Figuur B5.25: Errorbar gemiddeld aantal keren bespreken dagelijkse routine (C6) per week (dag-hulp)



Tabel B5.11: Verschil in gemiddelde scores vraaggericht werken ambulante hulp aan het gezin (mening cliënt)

	F	p	η^2
vraaggericht werken totaal	(2,35) 0,489	0,617	0,03
hulpvraag centraal	(2,43) 0,128	0,880	0,01
participatie totaal	(2,43) 0,589	0,559	0,03
geïnformeerd	(2,44) 0,928	0,403	0,04
geraadpleegd	(2,46) 0,386	0,682	0,02
betrokken	(2,46) 0,499	0,610	0,02
participerend	(2,45) 0,821	0,446	0,04
partnerschap	(2,46) 0,739	0,483	0,03
bepalend	(2,45) 0,329	0,721	0,01
houding	(2,46) 0,187	0,830	0,01
deskundigheid totaal	(2,41) 0,334	0,718	0,02
deskundigheid cliënt	(2,44) 0,529	0,593	0,02
deskundigheid hulpverlener	(2,43) 0,332	0,719	0,02
in dialoog	(2,46) 0,296	0,745	0,01
gedeelde verantwoordelijkheid	(2,46) 0,606	0,550	0,03
in leefomgeving	(2,44) 0,279	0,758	0,01

Tabel B5.12: Verschil in gemiddelde scores vraaggericht werken daghulp (mening cliënt)

	t	df	p
vraaggericht werken totaal	0,992	15	0,337
hulpvraag centraal	0,484	17	0,634
participatie totaal	0,168	16	0,868
geïnformeerd	0,634	17	0,535
geraadpleegd	−0,526	18	0,605
betrokken	0,443	16	0,664
participerend	0,000	16	1,000
partnerschap	−0,232	18	0,819
bepalend	−0,359	16	0,724
houding	0,761	17	0,457
deskundigheid totaal	0,824	15	0,423
deskundigheid cliënt	−0,993	19	0,333
deskundigheid hulpverlener	0,837	15	0,416
in dialoog	0,524	16	0,608
gedeelde verantwoordelijkheid	−0,659	17	0,519
in leefomgeving	−0,506	18	0,619

Tabel B5.13: Verschil in gemiddelde scores vraaggericht werken ambulante hulp aan het gezin (mening gezinsbegeleider)

	F	p	η^2
vraaggericht werken totaal	(2,71) 4,288	0,017	0,11
hulpvraag centraal	(2,77) 1,480	0,234	0,04
participatie totaal	(2,73) 4,082	0,021	0,10
geïnformeerd	(2,75) 3,429	0,038	0,08
geraadpleegd	(2,77) 4,077	0,021	0,10
betrokken	(2,78) 2,438	0,094	0,06
participerend	(2,79) 3,794	0,027	0,09
partnerschap	(2,77) 1,086	0,343	0,03
bepalend	(2,79) 3,252	0,044	0,08
houding	(2,78) 6,107	0,003	0,14
deskundigheid totaal	(2,73) 3,338	0,041	0,08
deskundigheid cliënt	(2,78) 3,866	0,025	0,09
deskundigheid hulpverlener	(2,75) 3,132	0,050	0,08
in dialoog	(2,75) 8,616	0,000	0,19
gedeelde verantwoordelijkheid	(2,76) 0,247	0,782	0,01
in leefomgeving	(2,78) 2,661	0,076	0,06

Tabel B5.14: Verschil in gemiddelde scores vraaggericht werken daghulp (mening coach)

	t	df	p
vraaggericht werken totaal			
hulpvraag centraal	−0,352	46	0,726
participatie totaal	0,116	42	0,908
geïnformeerd	0,673	45	0,505
geraadpleegd	0,646	46	0,522
betrokken	0,439	45	0,663
participerend	−0,543	47	0,590
partnerschap	−0,595	46	0,555
bepalend	−0,616	47	0,541
houding	0,710	24,32	0,484
deskundigheid totaal	−1,937	39,15	0,060
deskundigheid cliënt	−0,442	46	0,661
deskundigheid hulpverlener	−2,074	42,92	0,044
in dialoog	−0,553	44	0,583
gedeelde verantwoordelijkheid	0,388	42	0,700
in leefomgeving	−0,128	16,32	0,899

B5

Situatie bij afronding van de hulpverlening en verandering in functioneren van het kind en opvoedingsstress bij ouders (pilotstudie $n = 15$)

Functioneren kind (CBCL)

Bij afronding van de hulpverlening doen ouders met behulp van de CBCL verslag van het functioneren van hun kind. In tabel B6.1 wordt het functioneren van het kind bij afronding van de hulpverlening weergegeven. Deze informatie wordt aangevuld met een weergave van de gemiddelde deviatiescores bij aanvang en afronding van de hulpverlening (tabel B6.2).

Om na te gaan of er sprake is van verandering in het functioneren van het kind, is de situatie bij afronding van de hulpverlening vergeleken met de situatie bij aanvang en is voor het functioneren van het kind op basis van de CBCL de effectsize (ES) of veranderingsgrootte (Veerman, 2008) berekend (tabel B6.3).

In de experimentele groep is sprake van middelgrote ES (internaliseren) tot grote ES (externaliseren en totale problemen). Bij de interne vergelijkingsgroep is sprake van een kleine ES (internaliseren) en een middelgrote ES (externaliseren en totale problemen). In de externe vergelijkingsgroep varieert de ES eveneens tussen klein (internaliseren) tot middelgroot (externaliseren en totale problemen).

Naast het berekenen van de ES is het ook mogelijk om per cliënt de reliable change index (RCI) te berekenen. Op basis daarvan wordt in tabel B6.4 in aantallen weergegeven welke cliënten vooruitgang hebben geboekt, welke cliënten geen verandering hebben doorgemaakt en bij hoeveel cliënten achteruitgang heeft plaats gevonden (tweezijdig getoetst, $p_{0,10}$).

Het aantal cliënten dat vooruitgang doormaakt is bij de experimentele groep met betrekking tot internaliserende problematiek en totale problematiek groter dan in de interne en externe vergelijkingsgroep. Met betrekking tot externaliserende

Tabel B6.1: Functioneren kind bij afronding op basis van deviatiescores bij afronding van de hulpverlening (CBCL)

	interne vergelijkings- groep (n = 5)		experimentele groep (n = 5)		externe vergelijkings- groep (n = 5)
internaliseren					
geen problemen	2	<	4	>	2
matige & aanzienlijke problemen	1		0		0
ernstige en zeer ernstige problemen	2		1		3
externaliseren					
geen problemen	3	<	4	>	3
matige & aanzienlijke problemen	2		1		0
ernstige en zeer ernstige problemen	0		0		2
totale problemen					
geen problemen	1	<	3	>	2
matige & aanzienlijke problemen	3		1		0
ernstige en zeer ernstige problemen	1		1		3

Tabel B6.2: Gemiddelde deviatiescores functioneren kind bij aanvang en afronding van de hulpverlening (CBCL)

	interne vergelijkingsgroep (N = 5)				experimentele onderzoeksgroep (N = 5)				externe vergelijkingsgroep (N = 5)			
	aanvang		afronding		aanvang		afronding		aanvang		afronding	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
internaliseren	2,10	2,51	1,45	1,35	1,97	2,18	0,51	1,68	1,99	1,95	1,62	2,36
externaliseren	1,54	1,68	0,69	0,92	1,73	1,26	0,22	0,89	2,80	2,49	1,48	2,25
totale problemen	1,89	1,91	1,12	0,92	2,10	1,53	0,55	1,07	2,71	2,02	1,60	2,21

Tabel B6.3: Effectsize functioneren kind (CBCL)

	interne vergelijkings- groep (N = 5)		experimentele groep (N = 5)		externe vergelijkings- groep (N = 5)
internaliseren	0,33	<	0,68	>	0,21
externaliseren	0,55	<	1,21	>	0,64
totale problemen	0,50	<	1,16	>	0,55

Tabel B6.4: Verandering in het functioneren kind (CBCL)

	interne vergelijkingsgroep (n = 5)			experimentele groep (n = 5)			externe vergelijkingsgroep (n = 5)		
	achteruit- gang	geen ver- andering	vooruit- gang	achteruit- gang	geen ver- andering	vooruit- gang	achteruit- gang	geen ver- andering	vooruit- gang
internaliseren	1	3	1	2	0	3	0	4	1
externaliseren	1	1	3	0	3	2	0	3	2
totale problemen	0	5	0	0	3	2	0	4	1

problematiek is dit aantal kleiner dan in de interne vergelijkingsgroep en gelijk aan de externe vergelijkingsgroep.

De verandering die heeft plaatsgevonden (RCI), kan in combinatie met het functioneren van het kind bij afronding van de hulpverlening (NDS) in zes individuele uitkomstcategorieën ingedeeld worden, die vervolgens tot drie categorieën teruggebracht zijn (Veerman, 2008) (tabel B6.5). De categorie ‘vooruitgang geboekt’ omvat de cliënten die vooruitgegaan zijn gedurende de hulpverlening en waarbij er bij afronding al dan niet problemen zijn. De categorie waarbij men zich kan afvragen ‘of de behandeling nodig was’, omvat de cliënten die geen vooruitgang hebben geboekt of bij wie zelfs verslechtering is opgetreden, maar waarbij sprake is van een situatie bij afronding die geen aanzienlijke problemen kent. Deze categorie kan beschouwd worden als een kwaliteitscheck of de interventie de doelgroep bereikt heeft die de behandeling ook echt nodig heeft. Veerman (2008) stelt dat deze groep, getypeerd als ‘mismatch’, binnen de norm van 10% zou moeten blijven. De derde categorie betreft cliënten voor wie andere behandeling wellicht geschikter was. Bij deze cliënten is de situatie bij afronding van de hulpverlening problematisch en is gedurende het hulpverleningstraject geen verbetering opgetreden of is er zelfs sprake van achteruitgang (Veerman, 2008).

Opvoedingsstress (NOSI-2003)

Met behulp van de NOSI is de opvoedingsstress bij ouders in beeld gebracht (tabel B6.6. en tabel B6.7.).

Wat betreft opvoedingsstress is ook de effectsize per domein en voor de totale opvoedingstress berekend (tabel B6.8.).

In de experimentele onderzoeksgroep is sprake van een grote ES (kinddomein), kleine ES (ouderdomein) en middelgrote ES (totale opvoedingsstress). Bij de interne vergelijkingsgroep is sprake van een kleine ES op beide domeinen en totale

Tabel B6.5: Uitkomstcategorieën functioneren kind (CBCL)

	interne vergelijkings- groep (n = 5)		experimentele groep (n = 5)		externe vergelijkings- groep (n = 5)
voortgang geboekt	1	<	3	>	1
twijfel of de behandeling nodig was	2	...	2	...	1
wellicht was andere behandeling geschikter	2	>	0	<	3
externaliseren					
voortgang geboekt	3	...	2	...	2
twijfel of de behandeling nodig was	1	...	2	...	1
wellicht was andere behandeling geschikter	1	...	1	<	2
totale problemen					
voortgang geboekt	0	<	2	>	1
twijfel of de behandeling nodig was	3	>	2	...	1
wellicht was andere behandeling geschikter	2	>	1	<	3

Tabel B6.6: Opvoedingsstress op basis van deviatiescores bij afronding (NOSI)

	interne vergelijkings- groep (n = 5)		experimentele groep (n = 5)		externe vergelijkings- groep (n = 5)
kinddomein					
geen problemen	2	<	3	...	3
matige & aanzienlijke problemen	0		0		1
ernstige en zeer ernstige problemen	3		2		1
ouderdomein					
geen problemen	2	<	4	...	4
matige & aanzienlijke problemen	1		0		0
ernstige en zeer ernstige problemen	2		1		1
totale opvoedingsstress					
geen problemen	1	<	3	...	4
matige & aanzienlijke problemen	1		1		0
ernstige en zeer ernstige problemen	3		1		1

Tabel B6.7: Gemiddelde deviatiescores opvoedingsstress aanvang en afronding (NOSI)

	interne vergelijkingsgroep (N = 5)				experimentele onderzoeksgroep (N = 5)				externe vergelijkingsgroep (N = 5)			
	aanvang		afronding		aanvang		afronding		aanvang		afronding	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
kinddomein	0,97	1,55	1,20	1,29	1,72	1,05	0,77	1,30	2,11	2,02	0,98	2,51
ouderdomein	0,52	1,09	1,18	1,57	0,36	1,02	0,25	0,93	0,95	2,23	−0,29	1,42
totale stress	0,83	1,35	1,31	1,33	1,17	0,93	0,55	1,05	1,67	2,24	0,38	2,13

Tabel B6.8: Effectsize opvoedingsstress (NOSI)

	interne vergelijkings- groep (N = 5)		experimentele groep (N = 5)		externe vergelijkings- groep (N = 5)
kinddomein	−0,16	<	0,80	>	0,52
ouderdomein	−0,49	<	0,12	...	0,69
totale stress	−0,36	<	0,61	...	0,62

Tabel B6.9: Verandering in opvoedingsstress (NOSI)

	interne vergelijkingsgroep (n = 5)			experimentele groep (n = 5)			externe vergelijkingsgroep (n = 5)		
	achteruit- gang	geen ver- andering	vooruit- gang	achteruit- gang	geen ver- andering	vooruit- gang	achteruit- gang	geen ver- andering	vooruit- gang
kinddomein	2	2	1	1	0	4	2	1	2
ouderdomein	3	1	1	1	3	1	0	3	2
totale stress	2	2	1	1	1	3	1	2	2

opvoedingsstress. In de externe vergelijkingsgroep is sprake van een middelgrote ES op beide domeinen en totale opvoedingsstress.

Met betrekking tot opvoedingsstress is per cliënt tevens de reliable change index (RCI) berekend. Op basis daarvan wordt in tabel B6.9. in aantallen weergegeven bij hoeveel cliënten achteruitgang heeft plaats gevonden, welke cliënten geen verandering hebben doorgemaakt en welke cliënten vooruitgang hebben geboekt (tweezijdig getoetst, $p_{0,10}$).

Tabel B6.10: Uitkomstcategorieën opvoedingsstress (NOSI)

	interne vergelijkings- groep (n = 5)		experimentele groep (n = 5)		externe vergelijkings- groep (n = 5)
kinddomein					
vooruitgang geboekt	1	<	4	>	2
twijfel of de behandeling nodig was	2	>	0	<	1
wellicht was andere behandeling geschikter	2	>	1	<	2
ouderdomein					
vooruitgang geboekt	1	...	1	...	2
twijfel of de behandeling nodig was	1	...	3	...	2
wellicht was andere behandeling geschikter	3	>	1	<	1
totale stress					
vooruitgang geboekt	1	<	3	>	2
twijfel of de behandeling nodig was	1	...	2	...	2
wellicht was andere behandeling geschikter	3	>	0	<	1

In de experimentele onderzoeksgroep heeft de hulpverlening bij meer cliënten tot vooruitgang geleid in opvoedingsstress op het kinddomein dan bij beide vergelijkingsgroepen. Op het ouderdomein is er in de externe vergelijkingsgroep sprake van meer vooruitgang. In de totale opvoedingsstress is het aantal cliënten in de experimentele onderzoeksgroep dat vooruitgang doormaakt groter dan in de beide vergelijkingsgroepen.

De verandering die inzichtelijk gemaakt is met behulp van de RCI is gecombineerd met de NDS tot de uitkomstcategorieën zoals weergegeven in tabel B6.10.